



На правах рукописи

-

ДЕВЯТОВА

ОЛЬГА ЕВГЕНЬЕВНА

**ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У
ДЕТЕЙ,**

**НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ
ДЕПРИВАЦИИ**

Специальность 14.00.18 - Психиатрия

-

**Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

МОСКВА - 2005

Введение

Социальная направленность современной детской психиатрии определяет приоритетные объекты научно-прикладных исследований – социально-психологические, психиатрические, психокоррекционные и реабилитационные проблемы пограничных психических расстройств у детей и подростков, обусловленных трудностями социализации ребенка прежде всего в наиболее значимых для него сферах жизнедеятельности – в семье, школе, микросоциальном окружении.

Из социальных факторов, причинно воздействующих на социализацию ребенка, следует выделить родительскую семью, которая является ключевым условием оптимального психосоциального развития ребенка и наиболее часто выступает источником нарушений возрастного психического развития, безнадзорности, беспризорности и связанных с этими социально обусловленными явлениями различными психическими расстройствами у несовершеннолетнего члена семьи. Складывающаяся в стране последние годы социальная ситуация с одной стороны создавала серьезные трудности для семьи, особенно многодетной, а с другой – сопровождалась несомненным ростом пограничных психических расстройств у несовершеннолетних, включая возрастание девиантных, делинквентных и аддиктивных форм поведения. Клинико-эпидемиологические исследования А.А. Чуркина и Н.А.Твороговой (1998, 2001) показали, что в 1998 году в амбулаторно-поликлинические психоневрологические учреждения страны обратилось за помощью 850 449 больных ребенка в возрасте 0-14 лет включительно, или 2 956,0 на 100 тысяч детского населения (около 3% детского населения). По сравнению с 1996 годом в связи с уменьшением детского населения, показатель болезненности увеличился на 4,4%.

В диагностической структуре больных детей психическими расстройствами наибольшую долю составляют больные непсихотическими расстройствами (68,1%, или 2054,7 на 100 тыс. детского населения). Среди больных непсихотическими психическими расстройствами самую

большую группу по частоте встречаемости составляют дети с нарушениями возрастного психического развития в виде специфических симптомов и синдромов - 53,1%. За 90-е годы среди непсихотических психических расстройств у детей уровни болезненности увеличились практически по всем позициям: уровень болезненности невротизмом возрос на 9,7%, психопатиями - на 37,5%, специфическими симптомами и синдромами - на 38,9%, реактивными состояниями - на 45,6%. Наиболее выросли показатели болезненности психосоматическими расстройствами (в 2,1 раза, или на 110,7%).

Проведенный эпидемиологический анализ направляет исследования, прежде всего, на выявление факторов риска, определяющих такую негативную динамику. В связи с тем, что существующие актуальные проблемы семьи приводят к нарушениям возрастного психического развития, росту пограничных психических расстройств и формированию отклоняющегося поведения у несовершеннолетних крайне актуальной является разработка социально-клинических аспектов зависимости между семейной депривацией и различными формами психической патологии.

Интерес к проблеме диагностики и систематики психических расстройств у детей, имеющих депривационный генез, поддерживался постоянно, начиная с зарубежных исследований второй половины прошлого века (Buler S. 1932, Getcer G. 1939, Shpitz R. 1940, Bowlby J. 1951, Kasler L. 1959, Langmeier J. Matejcek Z.1984). В России наиболее детально эта проблема исследовалась детскими психиатрами (Сухарева Г.Е. 1965, Буянов М.А. 1970, Личко А.Е. 1977,

Гурьева В.А. 1980, Ковалев В.В. 1995, Калачева И.О. 1998, Вострокнутов Н.В. 2000).

И.Лангмейер, З.Матейчек (1984) для определения качественного своеобразия психических расстройств, связанных с ограничениями потребностей ребенка в оптимальной степени, реализовать потенциальные возможности своего развития, сформулировали понятие «психической депривации». По И.Лангмейер, З.Матейчек, под понятием «психической депривации» следует понимать “состояние, возникшее в результате определенных жизненных ситуаций, когда субъект лишен возможности удовлетворить свои витальные психические потребности в достаточной мере и достаточно долгое время” (Лангмейер И., Матейчек З., 1984). Большинство исследователей выделяют эмоциональную, сенсорную и социальную депривацию. Именно потому, что семья в воспитании ребенка играет основную, долговременную и важнейшую роль как один из типов социальной депривации следует выделять семейную депривацию.

Кроме структуры семьи, важное место в воспитании занимает характер отношения родителей к ребенку. В литературе сложилось единодушное мнение о важности родительского (прежде всего материнского) воспитания ребенка особенно в периоде до 3-х лет. По мнению J.Bowlby, R. Spitz, A.Goldfarb, 1951; Н.В.Вострокнутова, 1996; у ребенка, находящегося в условиях недостаточности эмоциональной теплоты и не привязанного к матери, развиваются существенные нарушения психического здоровья, тесно связанные со стойкостью и длительностью

материнской депривации. В Международной классификации психических расстройств (МКБ-10, 1999) они выделены в отдельную рубрику как «расстройства привязанности» (F93).

В.М.Шумаков, Г.В.Скобло и Т.М.Сокольская, 1986; A.Pound, C.Puckering, 1988; показали, что ведущим фактором риска, предрасполагающим к раннему формированию психических и поведенческих отклонений является не только материнская депривация, но и дезадаптация родительских семей у больных детей в целом. Авторами выделены три уровня такой дезадаптации по степени нарастания тяжести патогенного воздействия:

- 1) распад семьи и перепоручение воспитания ребенка родственникам и другим лицам;
- 2) наличие конфликтных семейных отношений, препятствующих осуществлению нормальных воспитательных функций;
- 3) асоциальная дезадаптация родительских семей.

Относительно большой удельный вес занимают также расстройства, связанные с дефектами воспитания. Однако представления о стилях воспитания в литературе полностью не сформированы. Имеются указания на патологическую роль отсутствия единого воспитательного стиля у родителей (от холодного и враждебного до всепрощающего (Шумаков В.М. с соавторами, 1985), на роль конфликтных междоусобиц, развода родителей (Figdor H. 1995 и др.), а также острых реакций (Исаев Д.Н. 1996 и др.) в связи с психической травмой в семье (DSM-III_R, Исаев Д.Н. 1996), возникшей вследствие смерти, длительной командировки родителя (Rutter M., 1984).

Таким образом, в работах многих исследователей выявлены и представлены следующие психотравмирующие факторы микросреды, влияющие на психическое здоровье детей:

- конфликтные ситуации во взаимоотношениях родителей между собой (29,6%);

- алкоголизация родителей (27,4%);

- повышенные требования со стороны родителей, граничащие с деспотизмом (18,3%) и др. (Колос И.В., 1979; Шумаков В.М., Скобло Г.В., Сокольская Т.М., 1981, 1984; Илешева Р.Г., 1986; Н.В.Серикова и соавт. 1991; Lih Tsung-Li, Standley, 1962; Penrose L., 1963; Rihter N.E., 1983 и др.).

Во многих исследованиях дополнительно показано формирование психической патологии в семьях медико-демографического неблагополучия: неполные семьи (Михайлова В.Л., 1992; Поздеева Т.В., 1994; Blum H.M. et al., 1988); многодетные семьи (Касымова Г.П., 1990; Позднякова М.А., 1994); семьи с несовершеннолетними матерями (Горохов В.А. и соавт., 1992; Lavigne J.V. et al., 1996). Т.И.Балашова, С.И.Чаева (1995); А.В.Голенков (1997), А.Н.Голик, (1995), Л.Ю.Данилова и соавт. (1995); М.Е.Проселкова и соавт. (1995); Ю.И.Шикин (1995) показали, что к группе риска в плане развития психических расстройств относятся также семьи, из которых выходят безнадзорные и бездомные дети, а также дети с явлениями «социального сиротства». Все типы этих семей объединяют: неудовлетворительные материальные условия, частые случаи злоупотребления родителями психоактивными веществами, невысокий культурный и образовательный уровень, низкая медицинская активность родителей в случае заболевания ребенка. Социальная обусловленность психических и поведенческих расстройств у детей в таких семьях доказывается положительным опытом психокоррекции указанных нарушений (Ермакова Г.К., Голованова Э.И., 1992).

Э.Г.Эйдемиллер и В.В.Юстицкий (1990) описали основные семейно-обусловленные психотравмирующие переживания ребенка: состояние глобально семейной неудовлетворенности; «семейную тревогу»; семейно-обусловленное непосильное нервно-психическое и физическое напряжение; состояние вины. При изучении детей, находящихся в неприятных микросоциальных условиях воспитания, ряд исследователей большее внимание уделили описанию различных форм задержанного развития, включая признаки минимальной мозговой дисфункции и церебрастенический симптоматики (Калачева И.О., 1998).

Другие авторы в рамках концепции «неправильного» воспитания анализировали формирование патохарактерологических особенностей личности, при котором в результате гипоопеки, подражания вредным и патологическим привычкам родителей, закрепления негативистических реакций и их культивирования у ребенка возможно формирование аномальных черт характера (Гиндикин В.Я., 1968; Кербиков О.В., 1971; Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980; 1994). В контексте анализируемой проблемы социально-клинических связей между семейной депривацией и формированием психических и поведенческих расстройств у детей представляет интерес раскрытие сравнительно-возрастных и клинических характеристик нарушений психического здоровья несовершеннолетних на различных этапах возрастного психического развития в условиях стойкой семейной депривации.

Это актуально в связи с тем, что до настоящего времени не разработаны принципы оценки состояния и уровня

развития детей, находящихся в условиях семейной депривации, поэтому при решении социально-клинических проблем, связанных с пограничными психическими расстройствами у детей, не достаточно полно и систематически используются все современные формы комплексной лечебной и социотерапевтической помощи, включая психологическую поддержку ребенка и семьи социального риска.

Не менее актуален анализ формы и средств диагностики функциональной готовности к обучению в школе детей с пограничными психическими расстройствами. Показано, что до 70% детей, поступающих в общеобразовательную школу, имеют психические отклонения в виде психогенных характерологических или патохарактерологических реакций, которые сочетаются с признаками личностной незрелости и возрастной несформированности отдельных высших психических функций. Наиболее уязвимыми с точки зрения развития пограничных расстройств являются дети, находящиеся в условиях семейной депривации (Вострокнутов Н.В., 2000). Этот аспект возрастного психического развития непосредственно связан с семейной депривацией и является одним из ключевых положений, определяющих трансформацию проблем психического здоровья ребенка, испытывающего негативное воздействие семьи, в проблемы школьной дезадаптации со стойкой школьной неуспешностью.

Сопоставительный анализ психического здоровья детей со стойкой семейной депривацией на различных этапах возрастного психического развития позволит дать

сравнительно-возрастную клиническую характеристику пограничных психических расстройств у этой группы несовершеннолетних; изучить роль отдельных факторов семейной депривации, определяющих формирование пограничных психических расстройств, а также выделить направления и объекты оптимальной психокоррекционной и социально-терапевтической работы, включая помощь семье.

Сказанное определяет актуальность, цель и задачи данного диссертационного исследования.

Цель работы - Разработка модели комплексной социально-психиатрической помощи при пограничных психических расстройствах у детей, находящихся в условиях семейной депривации

Задачи исследования:

1. Изучить особенности психопатологической структуры пограничных психических расстройств у детей, находящихся в условиях стойкой семейной депривации в семьях «социального риска», значимые для оказания комплексной социально-психиатрической и коррекционной помощи.
2. Провести сравнительно-возрастное изучение форм пограничных психических расстройств у детей, находящихся в условиях стойкой семейной депривации на различных этапах возрастного психического развития.

3. Выделить социально-медицинские предикторы пограничных психических расстройств, значимые на отдельных этапах возрастного психического развития при стойкой семейной депривации в детском возрасте.
4. Разработать модель комплексной медико-социальной профилактической помощи детям с пограничными психическими расстройствами, находящимися в условиях семейной депривации, и семьям «социального риска».

Научная новизна исследования.

Впервые выделены и изучены в сравнительно-возрастном аспекте психопатологические критерии пограничных психических расстройств у детей, находящихся в условиях стойкой семейной депривации. Показано, что наряду с психическими расстройствами, обусловленными стрессом при аномальном семейном окружении, они включают в себя полиморфные нарушения возрастного психического развития, а именно, специфические симптомы задержанного или дисгармоничного развития.

Впервые исследованы социально-клинические корреляции между особенностями семейной депривации, ее типом, длительностью и формами пограничных психических расстройств на отдельных этапах возрастного психического развития, что имеет значение для разработки принципов многоосевой диагностики в детской психиатрии.

Впервые проведен комплексный анализ сопутствующих семейной депривации аномальных психосоциальных ситуаций, определяющих и часто связанных с психическими и поведенческими расстройствами у детей, что представляется важным и плодотворным для анализа социального функционирования и структуры средовой адаптации в детском и подростковом возрасте.

Практическая значимость и внедрение результатов исследования.

Социально-клинический анализ пограничных психических расстройств у детей, находящихся в условиях стойкой семейной депривации, способствует совершенствованию многоосевой характеристики, включая оценку аномальных психосоциальных ситуаций, преимущественно связанных с семейной депривацией, и общую оценку нарушений психосоциальной продуктивности ребенка, преимущественно в сфере готовности к школьному обучению.

Практическая значимость изучения выделенных социально-клинических взаимоотношений между семейной депривацией и пограничными психическими расстройствами заключается в обосновании включения службы психического здоровья детей и подростков в систему комплексной помощи психически больным детям и их ближайшему семейному окружению.

Выявление и идентификация системных факторов семейного характера, изучение их взаимодействия с клинко-биологическими факторами, определяющими возрастную предпочтительность психопатологических феноменов, расширяют возможности социотерапевтических и реабилитационных мероприятий для детей с пограничными психическими расстройствами.

Результаты работы внедрены в практику (реабилитационный центр коррекционной педагогики «Сломанный цветок», центр психолого-педагогической реабилитации «Крестьянская застава», ООО «Технология успеха», ООО «фирма Медицина-АСК»).

Апробация работы

Основные положения диссертации обсуждались на Проблемном совете по клинической и социальной психиатрии ГНЦ ССП им. В.П. Сербского (июнь 2003 г.), были доложены на всероссийской научно-практической конференции «Профилактика злоупотребления психоактивными веществами детьми и молодежью», Москва, 22-24 октября 2003 г., научно-практическом семинаре «Вопросы профилактики подростковой преступности социально-психологическими методами; пути и методы борьбы с детским суицидом», Ноябрьск, 21-24 марта 2003г. Аprobация диссертации состоялась 23 сентября 2004 г. По материалам исследования опубликовано 4 научных работы, подготовлен макет методических рекомендаций.

Глава 1. Современное состояние проблемы пограничных психических расстройств у детей, находящихся в условиях семейной депривации (анализ литературных данных).

Актуальность исследований пограничных психических расстройств определяется их широкой распространенностью у детей и подростков в амбулаторной практике психиатров, педиатров, школьных психологов и других специалистов, работающих в области психического здоровья детей и подростков (Белов В.П., 1983; Горохов В.И., 1979; Горюнова А.В., Кудрина Н.Б., Орехова Л.С., Таращенко В.М., 1980; Камаев Н.А., 1995; Поздеева Т.В., Шевченко Ю.С., Усанова О.Н., Шаховская С.Н., 1995; Anthony E., 1980; Allport G., 1960; Ginott E.G., 1969; Perdino F., 1994;). Приоритетным направлением современной социальной детской психиатрии является профилактика нарушений психического здоровья и поведения, потому что комплексным превентивным вмешательством часто удается предотвратить формирование личностных расстройств, психосоматических заболеваний, способствовать социальной адаптации личности (Гиндикин В.Я., 1997; Кузнецов Ю.А., 1973; Можгинский Ю.Б., 1995; Морозов Г.В., 1984; Надеждин Ю.И., 1977; Попов Ю.В., 1994; Спиваковская А.С., 1988; Graham P., Stevenson J., 1994; Helsen M., Vollebergh W., 2000).

Сложность и многофакторность патогенетических механизмов пограничных нервно-психических расстройств во многом определяют необходимость мультидисциплинарного подхода к их изучению. Его основа состоит в комплексном применении психопатологического, сравнительно-возрастного психопатологического, социально-психологического и других методов исследования психических расстройств (Александровский Ю.А., 1993; Архангельский А.Е., 1971; Вострокнутов Н.В., 1996; Галкина Т.П., 2001; Дмитриева Т.Н., 1998; Карвасарский Б.Д., 1990; Михайлова Э.А., Проскурина Т.Ю., Майоров О.Ю., 1998; Sameroff A., Seifer R., Zax M., 1987; Shaefer E.S., Bell R.Q., 1958).

1.1. Понятие «пограничные психические расстройства» в детско-подростковом возрасте.

Проблема пограничных нервно-психических расстройств в связи с трудностью определения их границ и классификации до сих пор остается дискуссионной (Дмитриева Н.В., Морозов В.И., 1980; Захаров А.И., 1991; Ковалев В.В., 1995; Лебединский В.В., 1985; Чуркин А.А., 1995; Adler A., 1989; Alnwith M.D., Dlenar M.C., Waters E., Waters S., 1978; Bandura A., 1978; Bennet J., 1960; Kaplan H.J., Sadock B.J., 1994; Lewis D.O., 1960; Tuclier I., 1970; Vazsonyi A.T., 2000; Yarrow L.J., 1979).

При дифференциации пограничных состояний и крайних вариантов нормальной адаптации одним из главных моментов является определение соответствия поведения человека социальным требованиям. Однако отсутствие четких дифференциально-диагностических критериев

затрудняет практическую деятельность врача в области пограничной психиатрии, особенно в том аспекте, который связан с констатацией здоровья (Личко А.Е., 1985; Andrews J.A., Capaldi D., 2000; Christian R.E., Frick P.J., Hill N.L., 1997; Minuchin S., 1975; Bleuer M., 1993; Block J., Tomas J., 1966; Массобу Е.Е., 1980; Rogers S.A., 1965; Rohr M., 1996;). Констатация психического здоровья (нормы) или выздоровления (возврата к норме) является одной из основных функций психиатрии, ее психопрофилактической направленности (Буянов М.И., 1987).

В глоссарии, посвященном пограничным психопатологическим состояниям в общемедицинской практике В.Я.Гиндикин (2002), дает следующее их определение: "Пограничные состояния следует относить к широкой области так называемой малой психиатрии, в которой они объединяются лишь одним общим признаком – наличием непсихотического уровня психопатологических состояний, независимо от той или иной их нозологической принадлежности".

В публикациях западных коллег, особенно, после того как невроты были "растворены" в других рубриках DSM-III-R и ICD-10 к пограничным расстройствам относятся лица, неспособные выдерживать сильный стресс и негативные эмоции (Lewis E., Baker L., 1996), у которых выявляются нестабильные отношения, импульсивность, аффективная неустойчивость, неадекватные отрицательные эмоции, суицидальная настроенность, нарушение идентичности, чувство одиночества (Anderson J.P., 1940; Cofrman S., 1992;

Dadds M., Braddock D., Cuers S., Elliot A., Kelly A., 1993; Gordon T., 1979; Lohman B.J., Jarvis P.A., 2000).

Т.Б. Дмитриева (1995) полагает, что изучение пограничных состояний как раздела психиатрии должно содержать в себе помимо клиники пограничных состояний также и ее теорию, в основе которой явилось бы представление о механизмах выздоровления. Решение этих вопросов заложит фундамент для становления истинной профилактики психических расстройств.

Ю.А.Александровский в своей монографии "Пограничные психические расстройства" высказывает точку зрения, что между крайними вариантами невротических реакций и психопатии можно расположить все основные виды и варианты пограничных психических расстройств. По мере удаления от невротической реакции и приближения к психопатии значение психогенных факторов в происхождении патологического состояния уменьшается (хотя и не исчезает) и все больше выступает роль биологической основы внутренних, так называемых эндогенных факторов. Случаи патологического развития личности являются как бы "переходными", "промежуточными" расстройствами между основными группами пограничных состояний, так как в их происхождении в разной степени сочетаются психогенные (социогенные) и соматические (биогенные) факторы, обуславливающие хронификацию болезненных нарушений.

Клинико-динамический подход при анализе пограничных нервно-психических расстройств позволил В.П.Белову (1983) установить, что имеется постепенный

переход от состояний психической адаптации к психической дезадаптации, затем - к начальным и, наконец, развернутым классическим формам патологии (невротического и патохарактерологического кругов).

В ключе этого подхода Ю.А.Александровский (1993) склонен рассматривать формирование невроза как срыв адаптационных, интеграционных механизмов функциональных подсистем мозга (адаптационного барьера). Нарушение целостности барьера, по его мнению, ослабляет возможности психической активности, следовательно, адекватного, целенаправленного поведения человека. Близок к этой позиции и В.И.Гарбузов (1994), который отмечал 3 формы дезадаптации в детском возрасте: невротическую (неврозы), агрессивно-протестную (нарушения поведения) и капитулятивно-депрессивную (психосоматические заболевания). Он отмечал при невротических расстройствах у детей низкий уровень адаптивности, т.е. низкий уровень приспособления индивида, его социального статуса и самоощущения удовлетворенности собой и своей жизнью.

На первом этапе своего становления понятие о ПНПР оставалось в значительной мере условным, собирательным. Например, согласно работам, посвященным проблемам идентичности личности (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 1999; Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В, Загоруйко Е.Н., 2000) кроме невротических расстройств основным признаком пограничных личностных нарушений является слабость идентичности, проявляющаяся в различных социально-психологических и личностных контекстах. Ю.А.

Александровский (1993) дополнительно выработал ряд требований, которым должны соответствовать пограничные психические расстройства. Пограничные психические расстройства предполагают: 1) преобладание невротического уровня психопатологии; 2) связь психического расстройства с вегетативными дисфункциями, нарушениями ночного сна и соматическими расстройствами; 3) ведущую роль психогенных факторов в возникновении и декомпенсации болезненных нарушений; 4) наличие "органической" предислокации (ММД), облегчающей развитие и декомпенсацию болезни; 5) взаимосвязь болезненных расстройств с личностно-типологическими особенностями больного; 6) сохранение критики к своему состоянию и основным болезненным расстройствам; 7) отсутствие психоза, прогрессивного слабоумия или личностных эндогенных (шизоформных, эпилептических) изменений.

В уточнение круга пограничных психических расстройств определенный вклад внесли и клинко-эпидемиологические исследования. А.А.Чуркин, (1989) указывает, что распространенность среди молодежи невротических и пограничных состояний составляет - 18%, различных стрессорных реакций - 22%, практически здоровы - 60%. Г.В.Козловская (1985), публикуя результаты эпидемиологического изучения детей с повышенным риском возникновения ПНПР, дает цифру 30% лиц с повышенным риском возникновения психических заболеваний (преневротические, препатохарактерологические отклонения, различные субклинические, соматовегетативные, двигательные, астенические,

фобические и др.). В.В.Ковалев, Ю.С.Шевченко, (1996) отмечают тенденцию к патоморфозу ПНПР, повышению удельного веса мононеврозов, особенно энуреза и снижения невротического заикания за период с 1973 г. по 1992 г. Н.К.Сухотина (1999) отмечает количественный рост детей с ПНПР. До 70% детей, поступающих в общеобразовательную школу, имеют психические нарушения в виде психогенных характерологических или патохарактерологических реакций, патологических формирований личности, несформированности по возрасту отдельных высших психических функций. Наиболее уязвимыми с точки зрения развития пограничных расстройств являются дети, находящиеся в условиях семейной депривации (Вострокнутов Н.В., 1995).

Большой рост пограничных нервно-психических расстройств под влиянием социальных факторов привел к выделению такого нового направления в психиатрии как социальная психиатрия (Семке В.Я., 1992; Гиндикин В.Я., 1997, Дмитриева Т.Б., 1995). Социальная психиатрия представляет собой самостоятельный раздел общей психиатрии, изучающих влияние собственно социальных, культурных, этнических и экологических факторов на психическое здоровье, связь этих факторов с возникающей частотой и клинической динамикой психических расстройств, а также возможности социальных воздействий в терапии, реабилитации и профилактике психических расстройств. При этом необходим системный подход к решению клинических проблем с использованием саногенетических возможностей социума (Дмитриева Т.Б.,

Положий Б.С., 1994). В соответствии с методологическим подходом этих авторов основными закономерностями динамики пограничных психических расстройств является обратимость симптоматики и легкость переходов от состояний компенсации к декомпенсации. На основе этих подходов формируются следующие направления по дальнейшему изучению пограничных психических расстройств с позиций системного анализа. Перспективным будет исследование взаимодействий саногенеза и дизонтогенеза, переходных состояний от нормы к патологии, использования методов психотерапевтического воздействия. В рамках социальной психиатрии в кругу пограничных психических расстройств ставится вопрос об изучении непатологических и патологических расстройств поведения.

В своей концепции саморазрушающего поведения Ю.В.Попов (1995) убедительно показывает необходимость отхода от жесткой нозологической привязки и одноплановых оценок, которые в детском и подростковом возрасте, в большинстве случаев, еще не могут быть окончательно определены. Мультифакторность и полиэтиологичность основных "социальных" болезней (пьянства и алкоголизма, наркоманий и токсикоманий, венерических заболеваний и СПИДа, самоубийств и пр.) требует выхода на другие, по сравнению с нозологическим подходом, уровни обобщения.

Исследования А.Г.Амбрумовой, Л.И.Постоваловой (1991) показали, что структуры личности суицидентов различаются по формам, степени реагирования и появления суицидальной реакции. С этой точки зрения лица,

имеющие суицидные тенденции, как бы выстраиваются в один непрерывный ряд - континуум, на одном полюсе которого располагаются психические больные с выраженными патологическими отклонениями, на другом - практически здоровые лица, часть из которых - акцентуанты - лица с особенностями возрастного психологического развития или особой структуры биографии с различными типами социализации. На почве дисбаланса конструктивных и разрушительных тенденций - основных для личности - формируются ситуационные реакции. Ситуационная реакция есть структурированный ответ на ситуационную нагрузку с определенным эмоционально-окрашенным состоянием и соответствующим ему поведением.

Вид, тип, направленность и структуру реакций определяет личность человека, при этом очень важна личностная значимость ситуации. Отсюда у разных индивидуумов разные реакции на сходные ситуации. Авторы выделяют 6 типов непатологических реакций в зависимости от устойчивости адаптации и глубины социализации, наиболее важные из них следующие - пессимистические реакции, реакции отрицательного баланса и дезорганизации.

Основной моделью помощи принимается краткосрочная кризисная психотерапия, ориентированная, прежде всего, на эмоциональное принятие и интеллектуальное овладение ситуацией. В.J.Lohman, P.A.Jarvis, (2000), рассматривая историю психиатрической диагностики у детей, сообщают, что поведенческие расстройства очень нестабильны во времени и с возрастом переходят в другие заболевания при катамнестических исследованиях.

Динамическое обследование детей из группы повышенного риска показало, что 17% субклинических состояний уже через два года переходит в группу клинических расстройств. Было также установлено, что с возрастом биологические факторы риска уступают место социально-психологическим, таким как дефекты воспитания, психотравмирующие ситуации в семье, школе и др.(Ковалев В.В.,1985).

Ю.С.Шевченко (1994), анализируя нарушения поведения в форме патологических привычных действий, которые коррелируют с разноуровневыми явлениями, не поддающимися описанию в единой понятийной и терминологической системе, указывает на необходимость изучения этой проблемы в различных координатах, соответствующих современным концепциям эволюционно-биологического, клинко-онтогенетического и социально-психологического направлений.

Н.В.Дмитриева, В.И.Морозов, Г.В.Патласова и др., (1980), рассматривая варианты психосоматического развития личности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, отмечают, что они во многом определяются реактивацией симптоматики детской невропатии, проходят этап психогенной депрессии, соматизации аффекта, формирования психосоматического цикла, характеризуются сниженной толерантностью к стрессу и феноменом "послестрессовой психосоматической беззащитности".

Таким образом, между состоянием нормы, пограничным психическим расстройством и тяжелым заболеванием лежит

довольно широкий спектр переходных состояний и функциональных отклонений от нормы, которые могут быть зарегистрированы при проспективном наблюдении за детьми. Именно непрерывность (континуум) переходных состояний от нормы к полному нездоровью создает серьезные практические затруднения при распределении детей по группам здоровья и создании классификаций психических расстройств у детей (Альбицкий В.Ю., Волкова Г.М., 1999; Коган О.Г., Шмидт И.Р., 1987; Озерецкий С.Д., 1979; Bowen M., 1960; Chess S., Thomas A., 1968; Kaplan H.B., Lin C.H., 2000).

В немецкой психиатрической литературе приводится следующее определение психического расстройства у детей и подростков (Ремшмидт Х., 1994). Под психическим расстройством периода взросления понимается – «состояние непроизвольного нарушения жизненных функций, имеющее определенные начало, динамику и иногда конец (т.е. продолжительность), которое является серьезным препятствием для участия подростка или юноши в типичных для его возраста формах активности и для конструктивного разрешения возрастных кризисов и конфликтов».

В рамках рассматриваемого определения возникают трудности с установлением степени тяжести психического расстройства, этот подход не учитывает также роль микросоциального окружения и ряд других моментов. В подростковом возрасте сложно определить, является ли то или иное поведение проявлением психического заболевания или вариантом нормального развития, особенно в случае так

называемых кризисов взросления, которые могут со временем развиться в психическое заболевание или полностью компенсироваться. Тем не менее, точка зрения многих подростковых психиатров на нарушения поведения и психические расстройства, как неспособность подростка создать эффективные механизмы преодоления трудностей, уход от решения проблем в пассивное, - это дисфункциональное псевдоадаптивное или дезадаптивное поведение (Ремшмидт Х.,1994; Попов Ю.В.,1995).

1.2. Факторы риска развития пограничных психических расстройств в детском возрасте.

Ряд работ последнего времени посвящен выделению факторов риска возникновения клинически выраженных пограничных психических расстройств у детей и подростков (Бадалян О.А., 1984; Башина В.М., Проселкова М.Е., 1994; Вейн А.М., 1998; Горьковая И.А., 1991; Ермолина Л.А., Кашникова А.А., Титарова И.Н., Коваленко В.Б., 1998; Захаров А.И., 1991; Шевченко Ю.С., 1994). Факторы риска, определяющие состояние здоровья и психическое развитие детей, привлекают в настоящее время внимание различных специалистов: психиатров, невропатологов, педиатров, клинических и социальных психологов, дефектологов, педагогов (Вроно М.Ш., 1973; Грановская Р.М., 1988; Макаренко А.С., 1985; Роджерс К.Р., 1994; Фрейд З., 1993; Фром Э., 1990; Ушаков Г.К. и соавт. 1972, 1973; Лакосина Н.Д., 1992 и др.).

Считается доказанной множественность основных причинных факторов риска, которые могут действовать прямо или косвенно, изолированно или в переплетении

(Массобу Е.Е., 1980) и способствовать возникновению и развитию психических расстройств у детей. На начальных этапах развития детской психиатрии в ряду факторов, вызывающих нарушения гармонии детского сомато-психического развития, на первое место ставили пре- пере- и ранние постнатальные расстройства (недоношенность, малый вес при рождении, асфиксия новорожденного, оперативное вмешательство при родах, тяжелые соматические расстройства, перенесенные ребенком в возрасте от года до трех лет). До настоящего времени при оценке компенсаторных возможностей детей преимущественно учитываются эти патологические данные по истории развития.

В оценке значимости каждого фактора высказываются разноречивые мнения. В.Я. Семке и соавт. (1982) приемлемой считают такую комбинацию патогенных факторов, где на первом месте стоят конституционно-биологические, экзогенно-органические и затем микросоциальные факторы. В.А. Гурьева (2001), Н.Е. Буторина (1984, 1987) в круг факторов риска, определяющих развитие патологических проявлений в подростковом возрасте, ввели понятие «патологического пубертатного криза», на дисгармоничность которого оказывает влияние выраженность признаков преморбидного дизонтогенеза, степень их компенсированности к пубертатному периоду, в также значимость референтной для этого периода микросоциального окружения. Позже В.Я.Семке определяет ведущую роль в возникновении пограничных

психических расстройств значимых для них социальных и психогенных факторов.

Значительно меньше уделялось внимание анализу аномальных психосоциальных ситуаций в различных сферах ближайшего окружения ребенка.

Установлено, что с возрастом биологические факторы риска уступают место социально-психологическим, таким как дефекты воспитания, психотравмирующие ситуации в семье, школе и др. (Ковалев В.В., 1985).

Как микросоциальные средовые факторы, существенно влияющие на нервно-психическое здоровье подрастающего поколения, наиболее полно исследовалось злоупотребление алкоголем родителями (преимущественно отцами), стойкие конфликтные внутрисемейные отношения и аномальные формы воспитания. Роль микросоциальных факторов в генезе и динамике личностных аномалий у подростков очень широко представлена в литературе. К ним относят неблагоприятные условия окружения и воспитания. Наиболее ясно определил роль социальных факторов А.В.Снежневский, (1965) "...они воздействуют на природу человека, вызывая в нем новые особые приспособленческие реакции". Интересен подход А.Я.Варга, (1986), который предлагал рассматривать формирование ПНПР у детей комплексно на 6 уровнях: 1) ситуационные проблемы; 2) проблемы системы семьи; 3) проблемы уровня сознания (эмоции, когнитивные функции и поведение, их дефекты); 4) эмоциональные нарушения с аспектами бессознательного (интра-психический конфликт), когда наблюдателя

поражают противоречия и неадекватные реакции ребенка; 5) нарушения развития и личностные расстройства. Это касается аспектов темперамента черт характера, аномалии развития личности; 6) соматические (биохимические, нейрофизиологические) факторы, которые являются первичными или следствием психических расстройств, наличие психосоматических связей.

В.Я. Семке и Б.С. Положий (1990) пишут, что на материалах изучения истерических приступов (Семке В.Я., 1988) выявлено сочетанное влияние разнообразных отрицательных средовых воздействий на ранних этапах онтогенеза. Среди таких факторов риска авторы выделяют: 1) "неполную семью", который составляет 52,56% (наиболее значимым он оказался для детей с психопатией); 2) "микросоциальные явления" (сиротство и связанное с ним отсутствие материнской ласки); 3) около 20% детей находятся в "трудных материально-бытовых условиях" (особенно это свойственно для группы больных с неврозами и психопатиями); 4) условия "семейного воспитания и семейного микроклимата".

Из группы отрицательных средовых воздействий на ранних этапах онтогенеза постепенно дифференцируется семейный фактор, в том числе аномального воспитания, и депривационный фактор.

Следует отметить, что интерес к диагностике и систематике детских деприваций и возникающих при этом психических расстройств существовал постоянно, начиная с работ J. Bowlby, 1951 и R.Shpitz, 1940 (Буянов М.А., 1970, Вострокнутов Н.В., 2000, Гурьева В.А., 1980, Калачева И.О., 1998, Ковалев В.В., 1995, Лангмейер И., Матейчек З., 1984, Личко А.Е., 1977, Сухарева Г.Е., 1965). В литературе существует единодушное мнение о важности родительского (прежде всего материнского) воспитания ребенка особенно в первые 1-3 года (Langmeier J., Matejcek Z.). По мнению

J.Bowlby у ребенка, находящегося в условиях недостаточности атмосферы эмоциональной теплоты и не привязанного к матери, или к лицу, замещающему мать, может развиваться ряд нарушений психического здоровья, являющихся в соответствии со степенью стойкости данной депривации в различной степени тяжелыми и даже непоправимыми. M.D.Ainsworth, (1962), D.Alkon, (1971) и другие авторы (Вострокнутов Н.В., 2000; Алексеева Л.А., 1979; Кошелева А.Д., 2001; Мухамедрахимов Р.Ж., 1994; Римашевская М.В., Кремнева Л.Ф., 2003; Смирнова Е.О., Галагузова Л.Н., Ермолаева Т.В., 1994; Солоед К.В., 1998) подчеркивали тяжелые последствия длительной депривации, стойкость и глубину поражения личности, которая затем формировалась на значительно сниженном уровне, с психопатологическим сдвигом, склонностью к правонарушениям и даже психозам.

Во многих исследованиях убедительно показано, что чем с более раннего возраста присутствует депривационный фактор, тем он более патогенен и значим для дальнейшего развития ребёнка (Андропов Ю.Ф., 2001; Бомба Я., 1987; Василевский В.Г., 1986; Вандыш В.В., 1994; Калачева И.О., Карнаухова Е.Н., 1998, Проселкова М.Е., 1998., Gray J.A., 1971., Keeler W.R., 1954.)

В.Н.Арбузова, И.Н.Авдеева, Г.Б.Таныгина, Г.Л.Малинка, 1990; А.Н.Голик, 1995; Е.О.Смирнова, Л.Н.Галагузова, Т.В.Ермолаева, 1994; М.Е.Проселкова и соавт., 1995; D.Rubin, E.Erickson, 1996 показали, что к группе риска в плане развития психических расстройств относятся беспризорные, сироты, а также - бездомные дети. Установлено, что при

феномене «социального сиротства» депривационные и психогенные расстройства имеют смешанный характер. Отмечается высокий риск фиксации у детей адинамических и тревожных состояний с соматоформными нарушениями, задержкой психического развития, а также личностной дисгармонией с комплексными переживаниями и «социальной инфантилизацией» (Голик А.Н., Зиньковский А.К., 1998; Калачева И.О., Карнаухова Е.Н., 1998; Кантонистова Н.С., 1990; Симпсон Т.П., 1958; Скобло Г.В., Бударева Л.А., 1990; Шевченко Ю.С., Северный А.А., Иовчук Н.М., 1998; Brody S., 1956; Glaser K., 1968; Goede M., 1997; Kowar L.C., 1979; Maslov A., 1954; Mendcscka G., 1992; Nilzon K.R., Palmerus K., 1997; Nissen G., 1973; Noak P., Puschner B., 1999).

Исследования Г.М.Волковой (1998) подтверждают, что многодетные семьи относятся к семьям высокого социального риска с низким качеством жизни и нарушением большинства функций: экономической, воспитательной, оздоровительной и психологической. Наиболее характерными нарушениями психологического климата в семье является высокая частота конфликтов.

На основе статистического анализа В.В.Ковалев, (1981) распределил значение патогенных факторов в возникновении неврозов у детей и подростков следующим образом: 1). Хроническая психотравмирующая семейная ситуация. 2). Дефекты воспитания. 3). Школьные конфликты. 4). Острая психическая травма. 5). Бытовое пьянство и алкоголизм родителей.

Такая "полиэтиологичность" пограничных психических и поведенческих расстройств предполагает важность исследования факторов среды в их происхождении, а также в синергизме индивидуальных и средовых факторов (Remschmidt H., Schmidt M., 1992).

Таким образом, большинство исследователей подчеркивает, что пограничные психические расстройства у детей, включая эмоциональные и поведенческие нарушения, могут быть следствием различного набора специфических факторов риска (от неполной, многодетной или дисфункциональной семьи, конфликтных отношений и развода родителей до эмоционального пренебрежения, насилия и жестокого обращения с ребенком) и могут приводить к различным исходам (Baer J.S., Ban N.M., 1998; Hoffmann J.P., 1993). В ряде исследований показано, что семейный конфликт может нарастать или убывать, когда другие социальные, психологические воздействия начинают влиять на жизнь ребенка (например, поддержка другого родственника или учителя), в результате чего потенциал семейного напряжения меняется (Rogers C.A., 1965).

Следовательно, риск индивидуальных и средовых факторов увеличивается или уменьшается во времени в зависимости от обстоятельств психосоциальной ситуации в ближайшем окружении.

С учетом цели и задач исследования в своем анализе литературных данных мы уделили роли «семейного фактора» в развитии пограничных психических расстройств.

Приведенные выше социально-психологические и клинико-эпидемиологические исследования подтвердили общеизвестный факт того, что семья в воспитании ребенка

играет основную, долговременную и важнейшую роль. Воспитательный процесс в семье протекает по-разному в зависимости от ее структуры (полная семья – наличие обоих родителей, неполная семья – отсутствие одного или обоих родителей), функциональных способностей семьи и тенденций ее развития (стабильная семья или семья с признаками распада (Личко А.Е.,1985; Лангмейер И., Матейчек З., 1984).

Наряду с этим, преимущественно детские психологи постоянно подчеркивали, что роль семьи неодинакова на разных стадиях развития ребёнка, его социализации (Вроно М.Ш., 1973). Наиболее важную роль семья играет в жизни ребёнка в период первичной или ранней социализации, которая во многом определяется материнским влиянием. В этот период у ребенка создаётся тот «базис», та первооснова характера, на которой выстраивается структура позитивно или негативно социализированного индивида.

Наличие большого количества семей, где дети испытывают раннюю депривацию, способствует формированию безнадзорности, патохарактерологическому формированию личности. Появляются реакции пассивного и активного протеста, прогулы, тяга к асоциальным формам поведения, проявляющимся ранней алкоголизацией, токсикоманией, сексуальными девиациями, агрессивностью (Голик А.Н., Зиньковский А.К.,1998; Дмитриева Т.Н., 1998; Ермолина Л.А., Кашникова А.А., Титарова И.Н., Коваленко В.Б., 1998; Илешева Р.Г., 1979; Кондрашенко В.Т., 1988; Коновалова В.В.,1998., Лангмейер И., Матейчек З.,1984; Обухов С.Г., Шустер Э.Е., 1989; Панин

Г.М., Философа М.С., Шниткова Е.В.,1998; Шипицина Л.М., 2001).

Проблеме влияния семьи на ребёнка посвящены многочисленные работы по психиатрии (Гарбузов В.И.,1990, Гурьева В.А.,1968, Захаров А.И.,1986, Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В.,1990), социальной психологии (Амонашвили Ш.А.,1987; Кон И.С.,1978), возрастной психологии (Варга А.Я.,1986, Захаров А.И.,1982, Усанова О.Н., Шаховская С.Н., 1995), педагогической психологии (Алмазов Б.Н., 1986, Личко А.Е.,1983,), педагогике (Баерюнас З.,1980, Лесгафт П.Ф.,1951), философии (Петровский А.В., Петровский В.А.,1982).

Влияние семейного воспитания на формирование различных сторон личности ребенка и подростка изучается в медицинской (Исаев Д.Д.,1989, Юлдашев В.Л.,1997), социологической (Добрин К.Ю.,1997, Янкова З.А.,1995), педагогической (Алексеева Л.С.,1980; Дмитриева М.А.,1999) литературе.

Исследования роли семьи, влияющей на личность и психическое здоровье ребенка, наиболее активно проводятся в отечественной литературе с конца 70х годов XX века. (Дубровина И.В., Лисина М.И., 1982; Пилипийченко Ю.Г., Алексеев А.И., 1981). Рассматривая в самом общем виде результаты этих исследований, можно сказать, что нарушения в формировании различных сторон личности ребенка и подростка находятся в прямой зависимости от степени нарушения родительно-детских отношений. Однако, в литературе чаще рассматриваются не благополучные внутрисемейные отношения, а их отклонения, аномалии,

которые влекут за собой нарушения в когнитивном, поведенческом и эмоциональном аспектах личности. Результатом нарушений является нарушение психической адаптации ребёнка.

Так, исследования Л.Л.Баз, О.В.Баженовой (1996), М.И.Лисиной (1961), и др., проведенные с детьми, воспитывающимися в домах ребенка и школах-интернатах, показали, что как полная, так и частичная родительская депривация приводит к тяжелым, иногда необратимым изменениям в эмоциональной, интеллектуальной, мотивационной, поведенческой сфере личности.

Работы отечественных и зарубежных психологов, исследующих влияние разводов на детей разного возраста, выявили негативное воздействие на детей и подростков не только самой ситуации развода но и предшествующих разводу негативных изменений во взаимоотношениях супругов (Зеньковский В. В., 1995; Фигдор Г., 1995). Подобный же подход обоснован в статье В.М.Шумакова, (1980). Автором получены результаты, подтверждающие, что родительская депривация является сильным психотравмирующим фактором и оказывает негативное воздействие на самооценку у детей и подростков.

По мнению А.С.Спиваковской (1988) «...Нарушения системы семейного воспитания, дисгармонии семейных отношений... являются основным патогенетическим фактором, обуславливающим возникновение неврозов у детей». При рассмотрении вопроса о влиянии семьи, семейных взаимоотношений на девиантное поведение подростков, можно отметить следующее: часть авторов

отмечает, что девиантное поведение подростков связано с неблагоприятными материальными условиями в семье, низким уровнем образования и культуры, негативизм по отношению к нравственным ценностям (Баерюнас З.В.,1972, Гурьева В.А., 2001).

Представляется вполне закономерным тот факт, что семья стала объектом изучения специалистов разных наук, так как она является тем социальным институтом, в котором индивид приобретает первый социальный опыт, первые навыки социального поведения. Семья формирует и определяет поведение индивида, закладывает эмоциональный план и структуру поведения, которая в значительной мере сохраняется в течении жизни, а также оказывает модифицирующее влияние на поведение в каждый определённый период жизни (Лангмейер И., Матейчек З.,1984). А.И. Захаров (1976), рассматривая генезис некоторых реактивных изменений личности взрослых, обнаружил их формирующие начала в детском и подростковом возрасте. Отдельными авторами предпринимались попытки классификации семей, в которых дети и подростки отличаются отклоняющимся поведением. Считая причиной возникновения девиантного поведения негармоничный тип семейных отношений, Т.М.Мишина, (1988) предложила следующую классификацию таких семей:

- 1)неполная семья (семья, где мать одна воспитывает ребенка с рождения)
- 2)распавшаяся семья (семья с приходящим отцом)
- 3)распадающаяся семья
- 4)ригидная (псевдосолидарная) семья
(излишне регламентированная, с холодными,

деспотичными отношениями родителей друг к другу и детям)

5) деструктивная семья (характеризуется нравственной изолированностью членов семьи друг от друга, атмосферой напряженности и конфликтности)

6) семья с преобладающим отношением гиперпротекции

7) семья с преобладающим отношением гипопротекции

Данная классификация основана на анализе травмирующего влияния семейных отношений на ребенка. Б.Н. Алмазов (1986, 1997) выделяет четыре типа семей, способствующих возникновению отклоняющегося поведения детей и подростков:

1) Семьи с дефицитом воспитательных ресурсов (материальных, интеллектуальных, эмоциональных)

2) Конфликтные семьи (семьи с неприязнью, недоверием, раздражением, агрессивностью членов семьи друг к другу, с хронической конфликтной ситуацией)

3) Нравственно неблагополучные семьи

4) Педагогически некомпетентные семьи (семьи, где родители не учитывают возрастные и/или индивидуально-психологические особенности ребенка, что ставит его в невыгодное положение среди сверстников)

Наиболее полную схему анализа семьи предложил Е.А. Личко (1979). Его описание семьи включает следующие характеристики и их варианты:

1. Структурный состав:

- полная семья (есть мать и отец);

- неполная семья (есть только мать или отец);
- искажённая или деформированная семья (наличие отчима вместо отца или мачехи вместо матери).

2.Функциональные особенности:

- гармоничная семья;
- дисгармоничная семья.

Л.А. Алексеева (1979) различает следующие виды, неблагополучных семей: конфликтная, аморальная, педагогически некомпетентная и асоциальная семья.

Бочкарёва Г.П. (1995) определяет:

- 1) Семью с неблагополучной эмоциональной атмосферой, где родители не только равнодушны, но и грубы, неуважительны по отношению к своим детям, подавляют их волю;
- 2) Семьи, в которых нет эмоциональных контактов между членами семьи, безразличие к потребностям ребёнка при внешней благополучности отношений;
- 3) Семьи с нездоровой нравственной атмосферой. Там ребёнку прививаются социально нежелательные потребности и интересы, он вовлекается в аморальный образ жизни. Как видим, в основу этой классификации кладётся содержание переживаний ребёнка.

О.Н.Усанова, С.Н.Шаховская, (1995) предлагают классификацию или типологию семьи по критерию успешности социализации детей. «Семьи, обеспечивающие благотворную социализацию детей, рассматриваются как благополучные; семьи, не обеспечивающие благотворную личную среду для развития ребенка, для его успешной адаптации, рассматриваются как неблагополучные». Авторы

делают вывод, что неблагополучные семьи являются источником негативных эмоций у ребенка, источником постоянного дискомфорта. Наибольший процент неблагополучия составляют семьи, в которых нет единства требований в воспитании детей. Постоянные конфликты в семье, ссоры, перетягивание ребенка, как канат, то на сторону одних, то других создает почву для невротического развития личности.

З.В. Баерюнас (1970) характеризует варианты воспитательных ситуаций, которые способствуют появлению отклоняющегося поведения: 1) отсутствие сознательного воспитательного воздействия на ребёнка; 2) высокий уровень подавления и даже насилия в воспитании, испытывающий себя, как правило, к подростковому возрасту; 3) преувеличение из эгоистических соображений самостоятельности ребёнка; 4) хаотичность в воспитании из-за несогласия родителей.

А.Е.Личко (1979,1983) останавливается на четырёх неблагополучных ситуациях в семье: 1) гиперопека различных степеней: от желания быть соучастником всех проявлений внутренней жизни детей (его мыслей, чувств, поведения) до семейной тирании. Эта ситуация наиболее часто отмечалась в семьях 70-х годов нашего времени; 2) гипоопека, нередко переходящая в безнадзорность; 3) ситуация, создающая «кумира семьи». Для ней характерно постоянное внимание к любому побуждению ребёнка и неумеренная похвала за весьма скромные успехи; 4) ситуация, создающая «золушек» в семье. Автор отмечает, что в 80-ые годы появилось много семей, где родители уделяют много внимания себе и мало детям. В этой связи отмечено

увеличение количества чѐрствых и жѐстких подростков. Кроме структуры семьи, важное место в воспитании занимает стиль родительского воспитания. Наиболее интересна классификация стилей воспитания (точнее, аномалии стилей воспитания), предложенная А.Е.Личко и Э.Г. Эйдемиллером (1996). Авторы описывают шесть типов воспитания детей, страдающих психопатиями: потворствующая гиперпротекция, содействующая развитию истероидных и гипертимных черт характера; доминирующая гиперпротекция, усиливающая астенические черты характера; эмоциональное отвержение ребёнка, способствующее акцентуации по эпилептоидному типу; повышенная моральная ответственность, стимулирующая развитие психастенического характера; безнадзорность, сопровождающая гипертимность и неустойчивость поведения ребёнка.

А.Е.Личко подробно характеризует связи между стилем семейного воспитания и подростковыми психопатиями (1979). В.Я.Гиндикин (1967) в своем раннем исследовании привел факторы, обуславливающие становление психопатий - психопатологическая наследственность (30% изотягощенных), материально-бытовые условия (30% тяжелые), характерологические отклонения у родителей - 50%, семья и воспитание - 80%. Последующие исследования в той или иной степени подтверждали данные выводы.

Изучению влияния стилей семейного воспитания на возникновение невротических отклонений в личности ребенка-дошкольника посвящены также работы А.Я.Варги (1981), А.С.Спиваковской (1981, 1988). Стили

неконструктивного родительского отношения, приводящие к расстройствам невротического и психопатического типа у детей и подростков, исследовали М.И.Буянов (1976), А.И.Захаров (1996), А.Е. Личко (1983), Э.Г.Эйдемиллер, В.Г.Юстицкий (1999). В работе P.Noak, B.Puscher, (1999) исследуются связи между депрессиями в раннем подростковом возрасте и различными вариантами родительского отношения к подростку, такими как недостаток родительского внимания. Б.Н.Алмазов,(1986) пишет о том, что последствием вседозволенности в сочетании с враждебностью родителей является неуступчивость, максимальная агрессивность, делинквентное поведение у подростков.

Исследование структуры и динамики родительского отношения было предпринято в работе Л.А.Алексеевой, (1979). Автор отмечает актуальность проблемы родительско-детских отношений, её значимость для науки и практики.

Менее всего исследован вопрос о влиянии индифферентного стиля взаимоотношений между родителями и детьми. Отдельные характеристики его мы встречаем у некоторых авторов. Т.М.Мишина, (1988) обнаружила наиболее высокий балл враждебности и подозрительности у детей, находящихся в условиях семейной депривации. По данным другого автора: М.Е.Проселкова 1996, которая обследовала детей, живущих в интернате, а на субботу и воскресенье уходящих к родителям и родственникам, все дети испытывают дефицит любви и ласки.

В русле психоаналитического направления приобрела известность трёхмерная теория интерперсонального

поведения К.Р.Роджерса, (1994). По мнению К.Р.Роджерса, для каждого индивида характерны три межличностных потребности: потребность включения, потребность в контроле, потребность в любви. Нарушение этих потребностей может привести к психическим расстройствам.

И.Лангмейер и З.Матейчик (1984) предлагают выделить две группы условий, при которых может возникнуть неудовлетворение основных психических потребностей ребёнка. Во-первых, это такие обстоятельства, когда в семье имеется недостаток социально-эмоциональных стимулов, которые необходимы для здорового развития ребёнка. Это может быть, например, при неполной семье, если родители преобладающую часть времени находятся вне дома, если экономическое или культурное состояние семьи настолько низко, что у ребёнка отсутствует стимуляция для роста. Во-вторых, это такие условия, когда данные социально-эмоциональные стимулы объективно в семье имеются, но для ребёнка они недоступны, так как в отношениях воспитывающих его лиц образовался определённый барьер. Так, это бывает в цельных семьях, нередко с весьма благоприятным общественным и культурным положением, где, однако, мать, отец и другие воспитывающие лица эмоционально безразличны к ребёнку (Брутман В.И., Варга А.Я., 2000; Лангмейер И., Матейчик З., 1984).

В отечественной психологии и психиатрии сложилась традиция рассматривать нарушения системы семейного воспитания и дисгармонии семейных отношений как основные факторы, обуславливающие возникновение неврозов и психопатий у детей (Ганнушкин П.Б., 1993;

Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н., 1977; Гуревич М.О., 1932; Мишина Т.М., 1978; Случевский И.Ф., 1957; Спиваковская А.С., 1981).

По мнению многих авторов, на состояние и динамику психического здоровья детей и подростков, может влиять, в том числе, среда с высоким риском: нарушенная семейная обстановка, разлуки, отношения с обществом, культурное окружение. Существует достаточно большое количество работ, в которых поиск семейных факторов риска осуществляется в принципиально ином ключе (Поздеева Т.В., Шевченко Ю.С., Усанова О.Н., Шаховская С.Н., 1995). Речь идет об исследованиях, базирующихся на так называемых теориях "жизненного опыта". В основе этих теорий лежит этиологическая модель средовой передачи патогенности, согласно которой факторы риска заболевания личностной патологии следует искать, прежде всего, в семье – в "...ногенной семье".

Г.Е.Сухаревой (1959) детально изучены типы изменений характера детей и подростков в зависимости от характера родительской семьи. При этом выделяется ряд общих моментов, играющих существенную роль в генезе последующих нарушений поведения: 1) неправильное воспитание ребенка; 2) длительность воздействия неблагоприятной обстановки; 3) наличие известной психологической "понятности".

Одним из первых авторов, подробно описавших связь возникновения патохарактерологических развития с семейной обстановкой была В.А.Гурьева (1975). По данным В.А.Гурьевой и

В.Я.Гиндикина (1980) семейная среда влияет на формирование личности тремя путями: 1) фиксацией путем подражания; 2) закреплении негативистических реакций; 3) прямым культивированием, подкреплением со стороны окружающих психопатических реакций подростка (Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1982). Приведенные исследования касаются связи психопатологических признаков в виде девиантного поведения и эмоциональной неустойчивости у подростков с неблагополучным окружением. Зарубежные исследователи, приводя сходные факты, придают решающее значение в генезе в рамках "нарушений поведения" у подростков одновременное наличие нескольких социально - психологических психотравмирующих факторов (Keeler W.R., 1954; Klaus M., Kennel J., 1982). Наиболее важными из которых являются безнадзорность, перенаселенность, неправильное воспитание, неполная семья, девиантное поведение родителей (Kagel S.A., White R.M., Coune J.E., 1978; Lytton H., 1990). Что касается роли семейного климата, то, по мнению N.N.Singh, H.A.Wechsler, W.J.Curtis, 2000, домашние и семейные неурядицы служат детерминантой психических заболеваний не менее чем в 20% случаев Большая часть зарубежных ученых расценивают патохарактерологически нарушения у детей и подростков из неблагополучных семей как "поведенческие расстройства" и "высокую степень конфликтности" (Cerny L., Cerny M., Kmoskova L., 1976; Schaffer D.R., Brody I.N., 1981; Sheridan M., 1995) а алкоголь, в целом, рассматривается как "поведенческий тератоген" (Guile R., 1959; Moffitt T.E., 1990; Olweus D., 1977).

Многими авторами доказано влияние длительной психотравмирующей ситуации в семье на формирование ПНПР у детей и подростков (Гиндикин В.Я.,1961, Кербиков О.В.,1962; Баерюнас З.В.,1968, Раттер М., 1987; Эйдемиллер Э.Г.,1973, Александров А.А.,1974; Личко А.Е.,1979; Ковалев В.В.,1995). Отсутствие сплоченности семьи достоверно коррелирует со шкалой тревожно-депрессивных расстройств. Семейные факторы связаны и с терапевтической динамикой.

М.И.Рыбалко (1989); N.Stem, В.Beebe,(1975); большое значение в возникновении неврозов у детей и подростков придают дисгармоничным типам воспитания. Условия гипоопеки или безнадзорности способствуют повышенной аффективной возбудимости, склонности к конфликтам и активным реакциям протеста с агрессивными разрядами и асоциальными поступками. Воспитание типа «золушки», когда ребенок лишался ласки, подвергался унижениям и физическим наказаниям создает условия для появления тормозимых черт, основными признаками которого является робость, подчиняемость, неумение отстаивать свои интересы.

Э.Г.Эйдемиллер, В.В.Юстицкий (1987) решающую роль в развитии невротических расстройств у подростков также отводят семейной дезорганизации и неправильному воспитанию. Авторы подчеркивают роль акцентуаций характера, психопатологических расстройств родителей в формировании ПНПР у ребенка.

Особенности клиники невроза с точки зрения большинства психиатров зависят от стадий развития психики ребенка, от возрастного уровня нервно-

психического реагирования (Ковалев В.В., 1995), который выделял: 1) соматовегетативный (0-3 года); 2) психомоторный (4-10 лет); 3) аффективный (7-12 лет); 4) эмоционально-идеаторный (12-15 лет) уровни. Также он отмечал следующие типы детских психотравмирующих факторов: 1) шоковые психические травмы; 2) ситуационные психотравмирующие факторы относительно кратковременного действия; 3) хронически действующие психотравмирующие ситуации; 4) факторы эмоциональной депривации.

А.И.Захаров (1982) в дополнении к определению невроза у детей отмечал, что это заболевание формирующейся личности, на него оказывает влияние все то, что может осложнить процесс формирования личности у детей и способствовать общему нарастанию нервно-психического напряжения у родителей и детей. Он делал акцент на том, что первоначально неврозы представляют эмоциональное расстройство, возникающее преимущественно в условиях нарушенных отношений в семье, прежде всего с матерью, являющейся наиболее близким для ребенка лицом в первые годы жизни. Большое значение в формировании детских неврозов в психоаналитических исследованиях придавалось эмоциональной связи матери и ребенка на ранних этапах жизни. J.Bowlby (1951) прибавлял к основополагающим инстинктам З.Фрейда (либидо и агрессия) третий - привязанность. J. Bowlby делал вывод, что материнская любовь во младенческом возрасте и детском возрасте также важна для психического здоровья, как витамин и белки для физического здоровья", также автор отмечал, что нарушение

семейного взаимодействия может приводить к возникновению психосоматических заболеваний и неврозов.

В работе А.И.Захарова, (1988) выявлены и представлены следующие психотравмирующие факторы микросреды, влияющие на психическое здоровье детей: 1)конфликтные ситуации во взаимоотношениях родителей между собой (29,6%); 2) алкоголизация родителей (27,4%); 3) повышенные требования со стороны родителей, граничащие с деспотизмом (18,3%) и др. Были проведены исследования, подтверждающие отрицательные воздействия конфликтных ситуаций на детей и подростков из неблагополучных семей, в особенности на формирование невротических расстройств и на их антисоциальное поведение (Шумаков В.М., Скобло Г.В., Сокольская Т.М.,1981,1984; Richman N., 1988; Rathunde K., 1963; Roe A., Siegelman M., 1963).

Из приведенного обзора литературы можно сделать вывод, что до настоящего времени подход к проблеме пограничных психических расстройств у детей, находящихся в условиях семейной депривации не носит характер систематической терапевтической помощи и поддержки, не разработаны принципы оценки состояния и уровня развития детей, находящихся в условиях семейной депривации, не апробированы и не внедрены формы и средства диагностики пограничных психических расстройств у детей с семейной депривацией, что определяет актуальность исследования.

Глава 2. Материалы и методы исследования.

Исследование проведено на базе ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Анализ 187 детей (личные наблюдения составили 85 случаев, архивные 112 случаев), проведен по 188 признакам, включенным в следующие блоки: персонографический, биографический, психопатологический, патопсихологический.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический. Дополнительно использовались данные экспериментально-психологического исследования (анализ заключений психологов). При анализе заключений психологов учитывались данные методик, направленных на исследование памяти (запоминание 10 слов, опосредованное запоминание), мышления (сюжетные картины, классификация, исключение, сравнение понятий, понимание переносного смысла пословиц, пиктограммы), интеллекта (метод Векслера), личностных особенностей (ММРІ детский вариант, уровень притязаний, шкала Спилберга, метод Роршаха, ТАТ, методы Розенцвейга, Лири, Люшера).

Статистическая обработка собственного и архивного материала производилась в следующей последовательности: осуществлялся сбор информации, ее кодирование, составлялась база данных; проводилась статистическая обработка данных с использованием батареи стандартных статистических методик в соответствии с ГОСТ 11.004-74 и ГОСТ 11.006-74. В дальнейшем, признаки, обнаружившие статистически достоверные различия по группам, будут подвергнуты корреляционному анализу. Вычисленные коэффициенты корреляции (γ) считались достоверными ($P > 95\%$), если превышали свою ошибку не менее, чем в три раза,

учитывались только средние ($0,3 = \gamma = 0,69$) и сильные ($0,7 = \gamma = 1,0$) степени взаимосвязи (Бронштейн И. Н., Семендяев К. А., 1986).

Критерии включения:

- по факту семейной депривации (отсутствие одного или обоих родителей, алкоголизм в семье, конфликтные отношения в семье).
- возраст старше 5 и моложе 17 лет
- отсутствие выраженной психопатологической симптоматики, состояний, связанных с ОПГМ, умственной отсталости.

Все дети (187 человек) разделены на три группы.

Первая группа (60 человек, 36 мальчиков, 24 девочки) составили дети, находящиеся в условиях семейной депривации, проживающие в семье и обучающиеся в ГОУ 1883 “детский сад - школа” (компенсирующего типа) (далее - группа I). Дети в данную группу подбирались с учетом вышеизложенных критериев включения. Это дети в возрасте 5-11 лет, жители города Москвы, имеющие родителей, часто - из семей, где воспитываются несколько детей. У большинства детей семьи были неполными, практически во всех случаях детей воспитывала мать.

Вторая группа. Вторую группу составили дети, которые росли в условиях стойкой семейной депривации с явлениями безнадзорности, беспризорности и асоциальным поведением. Эта группа представлена 2 подгруппами детей:

2.1. дети на момент обследования, находившиеся в центре временной изоляции несовершеннолетних (25 мальчиков);

2.2. дети, на момент обследования находившиеся в специальном образовательном учреждении для детей с девиантным поведением (43 мальчика).

Указанные подгруппы объединяются общими социально-психологическими характеристиками, а именно, наличием стойкой семейной депривации.

Третья группа (59 мальчиков) – контрольная группа.

В эту группу включены дети 10-12 лет, проживающих в полных семьях, без признаков семейной депривации. Обследованные дети являлись жителями города Москвы, имели родителей, У большинства детей семьи были полными. Отношения с матерью и другими членами семьи были большей частью хорошими. У большинства детей из исследуемой группы запас знаний соответствует возрасту. Характер воспитания в семье без особенностей, на втором месте стоит гиперопека. По характеру игровой деятельности дети предпочитали играть со сверстниками, среди ровесников были либо лидерами, либо находились на равных (большая часть группы). У взрослых дети этой группы в основном были на хорошем счету.

Данные экспериментально-психологического исследования показали следующие особенности:

Отмечался средний темп работы, отсутствие нарушений внимания, конкретность ассоциативных образов. Мнестические процессы в норме. Отсутствие нарушений мышления. Самооценка и критика не нарушены.

Личностно-характерологические свойства и особенности эмоционального реагирования у детей данной группы отличались ровным эмоциональным фоном. В значительной

части случаев наблюдались признаки обидчивости, готовности к активной защите, демонстративность, самоутверждение.

Соматическая патология в группе практически не выражена, лишь 3% подростков имеют хроническую патологию со стороны органов ЖКТ.

Анализ персонографических данных проводился по 40 показателям.

Средний возраст исследуемых составил в I группе 7, 11 лет, во II группе – 12,5 лет, в III группе - 11,7лет

Таблица 1. Распределение исследуемых по возрастным группам.

Возраст	5-7		8-10		11-13		14-16	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Группа I	21	35	32	53,	76	11,	0	-
Группа II	0	-	3	3,8	57	73	18	23
Группа IV	0	-	3	5	56	95	0	-
Всего	21	11,	38	20,	120	64,	18	9,

Анализ семейного статуса позволил выявить, что среди семей исследуемых группы I было в среднем 1,35 детей на семью, в то время как в группе II 2,2 ребенка на семью, в

группе III 1,1 ребенок на семью ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$), что свидетельствует о повышении риска депривации с рождением каждого следующего ребенка. Для исследуемых первой и третьей (контрольной) группы внутри семьи, как правило, были характерны теплые отношения, напротив, для исследуемых второй группы указанный показатель был невысок.

Таким образом, исследуемые группы I оказались наиболее приближенными по показателям к контрольной группе, так как они обнаруживали лучший эмоциональный контакт внутри семей, что свидетельствует о меньшей выраженности личностной патологии в данной группе.

Образовательный уровень исследуемых в сравнении со средними показателями по стране (данные приводятся по изданию: Российский статистический ежегодник. М.: Госкомстат РФ, 1998 - 813 с.) практически не обнаруживал существенных различий. Однако, обращает на себя внимание высокое количество лиц с запасом знаний, несоответствующих образованию в группе II.

Таблица 2. Образовательный уровень исследуемых.

	Умеет читать, писать		Имеет запас знаний в соотв. с образов.		Не учился		Учился во вспомог. школе		Начально е образов.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Группа I	44	73,3	52	86,6	0	-	0	-	7	11,6
Группа II	70	89,3	17	21,8	4	5,1	8	10,3	63	80,8

па II		7		*		*		*		*
Группа III	59	10 0	53	89,5	0	-	0	-	59	100
Всего	17 3	92, 5	12 2	65,2	4	2,1	8	4,2	12 9	68,9

* - обнаружены достоверные различия ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$)

Анализ биографических данных исследуемых проводился по 85 показателям.

У большинства исследуемых во всех группах отмечалась наследственная отягощенность психическими расстройствами, доминирующей формой которых являлся алкоголизм. Обращает на себя внимание факт, что группа I оказалась наиболее неблагополучной по фактору отягощенной наследственности (см. табл. 4).

Течение беременности исследуемым в подавляющем большинстве случаев было с патологией. У матерей исследуемых I группы достоверно чаще ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$) беременность сопровождалась токсикозом. Роды во многих случаях сопровождались патологией (асфиксия в родах наблюдалась в 33,3%, 49,70% по группам соответственно, родовые травмы в 1,6%, 13,2%, 0% по группам соответственно, ранняя постнатальная патология встречалась в 60%, 69,7%, 1,7% по группам соответственно).

Возможно, ранняя постнатальная патология и патология родов, не приводящие к грубым нарушениям развития, все же влияют на характер развития, снижая общие адаптационные возможности организма, изменяя его индивидуальную устойчивость, снижая компенсаторные

резервы, что является общей предпосылкой к развитию пограничных психических расстройств (Александровский Ю. А., 1993).

Большая часть исследуемых воспитывались в неполных семьях. Наиболее благоприятная картина по сравнению с контрольной группой, складывалась, опять таки, в семьях исследуемых, составивших I группу (без отца воспитывались 83,3%, 92%, 23,7% по группам соответственно, без матери 3,3%, 21%, 1,7% по группам соответственно, родственниками 5%, 9,5%, 1,7% по группам соответственно, в детских домах воспитывалось 9% детей из группы II. Исследуемые второй группы чаще находились в конфликтных отношениях с членами своей семьи (67%) против исследуемых первой (15%), тогда как в контрольной группе ни один из опрошенных не охарактеризовал отношения в семье как конфликтные.

Тип воспитания в семьях исследуемых распределился следующим образом: основная часть детей контрольной группы воспитывались без особенностей (81,3%), тогда как в большинстве семей остальных групп воспитание носило характер гипоопеки. В первой и второй группах на втором месте стояло воспитание без особенностей, во второй группе часто отмечались случаи насилия над исследуемым.

Значительная часть исследуемых в детском и подростковом возрасте испытывали насилие в рамках семьи. Наибольший уровень показателей, характеризующих насилие над исследуемыми, отмечался во II группе.

Таблица 3. Насилие над исследуемыми в семье.

	Группа I		Группа II		Группа III	
Тип насилия	N	%	N	%	N	%
Физическое	1 9	31,6	3 1	39,7 *	7	11, 7
Моральное	8	13,3 *	4	5,1	0	-
Сексуальное	1	1,6	1	1,3	0	-
Иное	1	1,6	0	-	0	-
Всего	1 9	31,6	3 6	46,2 *	7	11, 7

* - обнаружены достоверные различия ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$)

Отражением ранней дезадаптации к социальным условиям, продиктованной семейной депривацией, может служить факт, что дети из II группы достоверно чаще ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$) избегали играть со сверстниками, либо вовсе избегали игр (53%). Несовпадение сумм чисел в таблице с числом исследуемых в группах обусловлено отсутствием сведений о некоторых исследуемых и вынужденным контактом с группой (например, исследуемый избегал общения с другими детьми, но будучи вынужден посещать детское учреждение, находился в подчинении у остальных детей или был ими отвергнут).

Таблица 4. Характер взаимоотношений исследуемых с другими детьми по группам.

	Группа I		Группа II		Группа III	
Характер отнош.	N	%	N	%	N	%
Равные	1 8	30	4 5	57,7 *	4 9	8 3
Лидерство	1 5	25*	1 2	15,4	1 0	1 7
Подчинение	2 3	38,3 *	1 0	12,8	0	-
Отвержение группой	3	5	1 2	15,4 *	0	-
Избегание контакта	1 0	16,6	1 0	12,8	0	-

* - обнаружены достоверные различия ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$)

Достоверно чаще ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$) в первой группе (35% против 1,8%) отличались чрезвычайно конформным поведением, слыли "тихонями", что можно трактовать как формирование в будущем измененного характера реагирования, как патологической адаптации к ситуации депривации.

Таким образом, необходимо отметить, что для исследуемых обеих групп характерными являлись ранние расстройства средовой адаптации, возникавшие, по видимому, в силу биологической предрасположенности к искаженным формам поведенческих реакций, проявлявшиеся в значительной степени под влиянием неблагоприятных факторов микроокружения (семейной депривации).

Анализ психопатологических данных проводился по 135 показателям. Оценивалось как состояние исследуемого на момент клинико-психопатологического обследования, так и документально подтвержденные анамнестические сведения.

По формированию типа личностного реагирования исследуемые по группам распределились следующим образом (см.таблицу). (Так как в группе I в основном были дети младшего школьного возраста, диагноз расстройства личности вынести нельзя, можно говорить о личностных особенностях, далее сформировавшихся в определенные типы расстройства личности).

Таблица 5. Формирующийся тип расстройства личности по группам (по МКБ - 10).

Тип расстройства личности	Группа I		Группа II	
	N	%	N	%
Шизоидное (F 60.1)	2	3,3	1	1,3
Диссоциальное (F 60.2)	4	6,6	1 9	24,4 *
Эмоц.-неустойчивое (F 60.30)	1	1,6	2 6	33,3 *
Истерическое (F 60.4)	6	10	1 0	12,8
Ананкастное (F 60.5)	2	3,3	0	-
Тревожное (F 93.8)	2 0	33,3 *	1 1	14,1
Зависимое (F 60.7)	4	6,6*	1	1,3

Всего	6	100,	7	100,
	0	0	8	0

* - обнаружены достоверные различия ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$)

Необходимо отметить, что основные характерологические черты, доминирующие у исследуемых, формируются у них с детского и подросткового возраста: в первой группе в детском возрасте также преобладают тревожные личности (33,3%), во второй – эмоционально-неустойчивые (33,3%) и диссоциальные (24,4%) (различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$).

У многих исследуемых отмечались признаки органического поражения головного мозга, чаще обусловленного неблагоприятным течением пре- и постнатального периода, травмами (у исследуемых I группы), и интоксикацией алкогольного и наркотического характера (у исследуемых II группы). В то же время, несмотря на органические признаки, ведущую роль в клинике играли личностные особенности. По сравнению с контрольной группой, в группе I отмечались преимущественно тревожно-фобическими и астеническими реакциями (33,3% и 32,3% против 13,4% и 12% соответственно в группе II, различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$), в второй группе - эксплозивными проявлениями (52,8%). Случаев выраженных интеллектуально-мнестических расстройств среди обследованных зарегистрировано не было.

Доминирующее положение в клинике у исследуемых всех групп по сравнению с контрольной, занимали аффективные расстройства, отмечавшиеся практически у всех исследуемых. Наиболее часто у группы I отмечалась

тревога (86,6% против 41,8 % в группе II), в обеих группах были выражены невротические расстройства (81,6%, 42,5% по группам соответственно), отмечались перепады настроения различной продолжительности (43,3%, 27,5%, 12% по группам соответственно), в группе II преобладали расстройства адаптации (60,9%), с группами I и III различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$), отмечены реакции утраты (31,6%, 27,3%, и 5,1% по группам соответственно), фобии (26,6%, 42,6% и 1,8% по группам соответственно), с контрольной группой различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$). У значительного количества исследуемых II группы (11,6%, 59,1%, 0% по группам соответственно) с группами I и III различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$), отмечались признаки психического инфантилизма.

В двух группах исследуемых по сравнению с контрольной при анализе анамнеза и сопоставлении полученных данных с состоянием на момент обследования можно было зафиксировать случаи динамики нарушения адаптации. В большинстве случаев она носила отрицательный характер (35%, 58,9% по группам соответственно) - на протяжении нескольких лет личностные особенности углублялись, приобретали все более грубые, выраженные черты, часто возникали ситуационно обусловленные декомпенсации. Редко динамика носила положительный характер (снижалась частота декомпенсаций, улучшалась социальная адаптация, личностные реакции приобретали менее выраженный характер) (12,9%, 4,7% по группам соответственно).

Отмечалось нарастание отрицательной динамики расстройств

личности по второй группе: так частые декомпенсации (ежегодно и чаще) встречались в 1,8%, 29% по группам соответственно, редкие - в 26,4%, 7,5% по группам соответственно (достоверные различия с группой I и контрольной, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$).

Патопсихологические данные подвергались анализу по 65 показателям. Источником данных служили заключения психологов по данным экспериментально-психологического исследования и собственные наблюдения.

Для исследуемых первой группы характерным оказалось продуцирование конкретных ассоциативных образов в методике «Пиктограммы» (78,3% против 50,3% и 20,1% по группам соответственно). Для них была характерна завышенная самооценка (46,3% против 24% в группе II, и 10,1% в группе III,), что вполне соответствует преобладающему в группе типу расстройства личности.

Характерным отличием исследуемых группы I, и II явилась выраженная личностная незрелость (41,5%, 56% против 18,6% в контрольной группе, различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$).

В двух исследуемых группах отмечались негрубые нарушения операций сравнения и обобщения (16,7%, 45%, против 0% в контрольной группе), (методики на классификацию, исключение). Во всех группах случаев паралогичности не выявлено. Для исследуемых I, II группы оказались характерны незначительные нарушения критичности (13% , 20% против 0% в контрольной группе).

Личностные особенности исследуемых, определяемые при анализе данных ММРІ (детский вариант), теста Роршаха и др., распределяясь по частоте по группам, точно

соответствовали распределению типов особенностей личностного реагирования.

Таким образом, отмечается согласованность показателей, полученных при экспериментально-психологическом исследовании, и клинических данных.

Глава 3. Пограничные психические расстройства, развивающиеся у детей дошкольного и младшего школьного возраста при семейной депривации.

Данную группу детей составили 60 человек: 36 мальчиков, 24 девочки. Это дети, находящиеся в условиях стойкой семейной дезадаптации, однако, продолжающие проживать в семье и обучающиеся в ГОУ 1883 “детский сад - школа” (компенсирующего типа).

У большинства детей семьи были неполными. Во всех наблюдения ведущей формой семейного содержания являлся материнский уход и надзор, так как практически во всех случаях детьми занималась только мать. Отношения с матерью и другими членами семьи были хорошими в 53,3% случаев против 91,5% в контрольной группе, конфликтными в 25% или безразличными в 23,3% против 6,8% и 1,7% в контрольной соответственно. У большинства детей из исследуемой группы запас знаний соответствует возрасту (86,8% против 89,5% в контрольной группе). Отмечена наследственная отягощенность алкоголизмом по отцовской линии (26,6% против 8,4% в контрольной группе), материнской линии (8,3% против 0% в контрольной группе), у близких родственников (10% против 0% в контрольной

группе), в части случаев имеется отягощенность другими психическими расстройствами.

Характер воспитания в семьях соответствовал гипоопеке (33,3% против 3,4% в контрольной группе), на втором месте стоит воспитание без особенностей (28,3% против 81,4 в контрольной группе), затем физические наказания (11,6% против 6,5% в контрольной группе). По характер игровой деятельности дети предпочитали играть со сверстниками, однако в равных отношениях находились лишь 30% детей против 83% в контрольной группе, в подчинении у ровесников были 38% против 0% в контрольной группе. Лишь очень малая часть отвергались коллективом сверстников, поэтому играли в одиночестве (5% детей против 0% в контрольной группе), а контакта избегали 16,6% против 0% в контрольной группе.

У взрослых, дети этой группы в основном были на хорошем счету, но слыли «тихонями». Как «трудные дети» с дерзкими формами поведения характеризуются четверть детей группы, у 12% детей отношения с окружающими их сверстниками и игры носили деструктивный характер.

У части детей из группы отмечалась соматическая патология. В 30% случаев выявлена хроническая патология со стороны дыхательной системы, в 10% - со стороны желудочно-кишечного тракта. В большинстве случаев отмечена наследственная отягощенность алкоголизмом по отцовской линии, что сопровождалось высоким уровнем внутрисемейной конфликтности. В части случаев имеется отягощенность другими психическими расстройствами. При этом у детей отношения с другими членами семьи были большей частью безразличными или конфликтными.

Ведущий характер семейных отношений в исследуемой группе отражен в таблице 6.

Таблица 6. Характер семейных отношений в группе детей дошкольного и младшего школьного возрастов

	Семейные отношения бесконфликтные		Семейные отношения конфликтные		Семейные отношения безразличные	
	N	%	N	%	N	%
Группа I	32	53,3*	15	25*	14	23,3*
Группа III	54	91,5	4	6,8	1	1,7

*- обнаружены достоверные различия ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$).

Характер воспитания в семьях при доминировании материнской формы ухода и надзора по типу воспитательных воздействий соответствовал гипопеке с конфликтным и безразличным типом отношений, на втором месте по частоте встречаемости стоял «неустойчивый тип воспитания», на третьем - физические наказания.

При типологическом анализе выделены следующие формы воспитательных воздействий:

1. Воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности.

При этом воспитательном подходе требования к ребенку (чаще девочке) были, как правило, велики и оправдывались необходимостью "строгого контроля". Высокие запросы к ребенку сочетались с пониженным вниманием к его актуальным интересам и потребностям или не соотносились с его возможностями, что обычно сопровождалось риском психогенной травматизации. В складе личности стимулировались черты педантичности, строгого следования установленному порядку в сочетании с неуверенностью в себе и конформностью.

2. Гипопротекция со стороны одного из родителей.

При этом стиле отношений, как в дисфункциональной (конфликтной), так и в распавшейся семье, один из родителей - чаще отец не уделял внимания ребенку, что сопровождалось невниманием или пренебрежением его потребностями. В этих случаях ребенок вел себя своевольно, воспринимал семью как «обузу». За этой позицией стоит неспособность родителей установить конструктивные отношения с ребенком, неосознанное желание не нести ответственности за активные проявления его жизнедеятельности.

3. Неустойчивый стиль воспитания.

Этот стиль характеризовался неожиданной для ребенка сменой отношений с переходами от строгости к потворству или от значительного внимания к эмоциональному отвержению. Родители могли признавать неустойчивость в своих воспитательных требованиях, но, как правило, недооценивали тяжесть и негативный характер последствий такого отношения. Неустойчивый стиль воспитания формировал у ребенка черты упрямства, постоянного намерения поступать наоборот;

4. Эмоциональное отвержение и жестокое обращение.

В основе такого отношения, как правило, лежало неосознаваемое отождествление ребенка с отрицательными моментами в жизни родителей. При эмоциональном отвержении на первый план выходило невнимание к ребенку, который воспринимался как «помеха в жизни». При жестоком обращении эмоциональное отвержение сочеталось с мало мотивированными и неоправданно суровыми наказаниями в виде лишения удовольствий, избиений и

наказаний. Такой стиль воспитания обуславливал проявления задержанного психического развития, формирование невротических расстройств и усиление черт эмоционально-волевой неустойчивости или импульсивности. Неустойчивый характер воспитания и эмоциональное отвержение во многих наблюдениях становились причинами саморазрушающего поведения ребенка, атрофии у ребенка способов психологической защиты, позволяющих ему справляться эмоциональным напряжением.

Таблица 7. Типы воспитания в семьях исследуемых.

Тип воспитания	Группа I		Группа III	
	N	%	N	%
Обычное	1 7	28,3	48	32
Гипоопека	2 0	33,3	2	3,3
Гиперопека	1 0	16,6 *	4	4
Отвержение	6	10	0	8
Избыт. строгость	7	11,6 *	5	8
Всего	6 0	100, 0	59	100, 0

* - обнаружены достоверные различия ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$)

В дошкольном периоде для детей ведущей формой занятости и вовлечения в занятия различного характера была игровая деятельность. Дети предпочитали играть со сверстниками, однако, более чем в половине случаев они были вынуждены играть с младшими детьми или играть в одиночестве, так как были предоставлены сами себе. Некоторые дети избегали коллективных игр, так как находились в основном в подчинении у более старших детей. Определенная часть детей постоянно отвергалась коллективом сверстников, поэтому предоставленные сами себе они преимущественно время проводили бесцельно. При этом в их занятиях наблюдались элементы стереотипизации, когда дети, предоставленные сами себе, могли длительное время раскачиваться, грызть ногти, совершать скручивающие движения пальцами с одеждой, напольным покрытием, обоями на стене или другие сходные действия, которые взрослыми обычно расценивались как «вредные привычки». У взрослых (воспитателей, ближайших родственников) эти дети в основном были на хорошем счету и описывались как «тихие, пассивные, скучные, но ведущие себя спокойно и безынициативно». В 25% случаях у детей наблюдались умеренно выраженные проявления гиперактивности, которые сопровождались стойкими, постоянно повторяющимися конфликтами с детьми-сверстниками из-за определенной деструктивности в их действиях – дети мешали групповым занятиям, ломали игрушки, разрушали постройки другие детей.

Для оценки патогенности факторов семейного неблагополучия проводится анализ связей между формами

семейного неблагополучия и признаками пограничных психических расстройств, включая различные формы нарушений возрастного психологического развития. Анализ подтвердил, что отдельные факторы семейного неблагополучия и признаки пограничных психических расстройств в данной группе складываются в определенную совокупность коррелятивных связей, характеризующих следующие аспекты семейной запущенности. Первый из них связан с асоциальным и аморальным образом жизни одного или нескольких членов семьи, преимущественно родителей. При этом выявляются явления "материнской" или "отцовской" депривации, отчужденности и эгоистической направленности интересов взрослых с гипоопекой по отношению к ребенку.

Второй аспект семейной запущенности связан с хроническими конфликтными отношениями в семье, определяющими стойкое психоэмоциональное напряжение, ситуацию трудного положения для ребенка в связи с хаотичностью и непредсказуемостью эмоциональных реакций со стороны родителей, включая случаи жестокого обращения. Выявилась корреляция этого аспекта семейной депривации со следующими характеристиками:

- наркологическая отягощенность семьи, обусловленная клинически установленным алкоголизмом или наркотизацией одного или нескольких членов семьи (коэффициент корреляции +0,45);

- поведение родителей, связанное с пренебрежением детьми при

выполнении ими своих родительских обязанностей (коэффициент корреляции +0,37),

- акцентуированные или аномальные личностные расстройства у одного из членов семьи, сопровождающиеся длительными конфликтными отношениями (коэффициент корреляции +0,28);

- криминологическая отягощенность семьи в связи с судимостями одного из членов семьи (коэффициент корреляции +0,18);

По признакам отклонений возрастного психологического развития состояния семейной запущенности характеризовались следующими чертами.

У обследованных детей из группы с первым вариантом семейной запущенности (депривационный с признаками гипоопеки) отмечались нарушения физического развития, проявляющиеся в дисгармоничном телосложении с малорослостью, соматической ослабленностью, склонностью к инфекционным, простудным заболеваниям, а также указания на заболевания желудочно-кишечного тракта, рахит, анемию. В дошкольном и младшем школьном возрасте на первый план выступали изменения общего уровня активности. В 24 случаях (40%) в поведении преобладали признаки гипоактивности с чертами тормозимости и пассивности в отношениях с окружающими. В этих наблюдениях, как правило, в младшем школьном возрасте отмечался низкий уровень сообразительности, неудачи в ситуациях, требующих выбора, быстроты реагирования. В связи с этим при обычных школьных требованиях облегченно возникали пассивные протестные,

отказные реакции; ведущей формой отношений было конформное и уступчивое поведение.

В 35 случаях (58,3%), начиная с периода раннего детства и в дошкольном периоде, преобладала не гипоактивность, а избыточная двигательная активность и неустойчивость внимания. Эти дети характеризовались низкой способностью к самоконтролю, импульсивностью и повышенной возбудимостью, были нетерпеливы, быстро переключались в своих интересах, стремились к маломотивированной смене впечатлений. При оценке знаний и сформированности школьных навыков предпочитали отвечать по типу случайных ассоциаций или угадать ответ, не проявляли заинтересованности в оценке результатов. В связи с неустойчивостью внимания, обращением его на меняющиеся или малозначимые детали внешней ситуации обследованные из этой группы дети в младшем школьном возрасте производили впечатление бездумных или поверхностных, плохо успевали в школе, не готовились к учебным занятиям. Наряду с этими особенностями у них постоянно наблюдалась раздражительность, склонность к ситуационным колебаниям настроения. У большинства детей с проявлениями гиперактивного поведения эмоциональные отношения с родителями были отягощены тем, что признаки беспокойства, неловкости, неспособности сосредоточиться являлись дополнительным источником раздражения в семье, так как подобное поведение, по сути являлось «провоцирующим» для родных или других окружающих

взрослых на физические наказания детей, которые по тяжести не соответствовали характеру проступков.

Данные особенности поведения характеризует следующий пример.

Клинический пример №1:

Баранов Саша 03.04.95 г. обучается в ГОУ 1883 “детский сад - школа” (компенсирующего типа) в 1 классе. Обследован 12 ноября 2003г.

Субъективных жалоб нет.

Анамнез (со слов деда по линии матери): Мать с отцом разведены с 1996 г., мать умерла в 2000 г. от рака. По характеру была нервная, «чуть что – сразу в слезы», не отпускала ребенка от себя ни на шаг, всё время держала на руках, приучила к тому, что рядом всегда кто-то находится. Родственники по линии отца злоупотребляли алкоголем. Беременность пациентом протекала с сильным токсикозом и угрозой выкидыша. Роды в срок, без патологии. Вес при рождении 2950 г., рост 51 см., оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. В 1.5 года был консультирован у невропатолога с жалобами на непослушание, неусидчивость, повышенную возбудимость. Врач диагностировал минимальную мозговую дисфункцию и назначил лечение сонапаксом, однако назначение не выполнялось. Детский сад посещает с 2 лет. При поступлении невропатологом были диагностированы невротические реакции, по заключению логопеда отмечалась физиологическая дислалия, по органам и системам без патологии. Адаптировался легко, в группу ходит с удовольствием, не драчлив. В возрасте 3 лет был отправлен в

санаторий, тяжело переносил разлуку с матерью, по возвращении некоторое время заикался. Курс лечения не проходил, заикание прошло самостоятельно. Эпизодически недержание мочи до 5 лет.

Семейный анамнез: Мать по характеру была нервная, «чуть что – сразу в слезы», не отпускала ребенка от себя ни на шаг, всё время держала на руках, приучила к тому, что рядом всегда кто-то находится. Родственники по линии отца злоупотребляли алкоголем. Родители ребенка вступили в брак в 1994 году. Отношения родителей между собой с первых месяцев семейной жизни были конфликтными. Отец по характеру холодный, недобрый. К ребенку интереса практически не проявлял, считал, что тот ему мешает. Был признан негодным к службе в армии по психическому заболеванию, состоит на учете в психоневрологическом диспансере № 18, регулярно несколько раз в год стационарировался в психиатрическую клинику на обследование и лечение. Диагноз родственникам узнать не удалось. Мать с отцом разведены с 1996 г., так как отец «выгнал» мать из дома через год после рождения ребенка, с тех пор отношения с семьёй не поддерживал, мать умерла в 2000 г. от рака. После смерти матери ребенок проживает с бабушкой и дедом по линии матери, оформлено опекуновство. В настоящее время ребенок о матери почти не вспоминает

В возрасте 7 лет поступил в ГОУ 1883 “детский сад - школа” (компенсирующего типа).

Со слов воспитателей повышенно возбудим, неусидчив, непослушен, беспокоит других детей, с трудом воспринимает обучающий материал из-за нарушенной концентрации

внимания. Со слов деда боится оставаться один, старается находиться рядом со взрослыми, ночью засыпает с трудом, регулярно просыпается от кошмарных сновидений, плачет. Дома также расторможен, повышенно возбудим, непослушен.

Соматическое состояние

состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски, со стороны опорно-двигательного аппарата без патологии, мышечная система развита хорошо, со стороны органов и систем без патологии. Данных за хронические соматические расстройства нет.

Неврологическое состояние: конвергенция не нарушена, глазные щели(П=Л), легкие нистагмоидные подергивания при крайних отведениях глазных яблок, несколько сглажена правая носогубная складка, дрожание кончика языка. Сухожильные рефлексy оживлены, с некоторым расширением рефлексогенных зон, равномерны. В позе Ромберга устойчив.

Психический статус: при первичном обследовании правильно ориентирован в месте времени и собственной личности, называет текущее время дня, правильно указывает, что он находится в школе. К обследованию относится спокойно, по существу понимает вопросы и инструкции, но активное внимание привлекается на короткое время, быстро утрачивает интерес к продолжению беседы, начинает отвлекаться, потягивается, встает с места, берет в руки со стола посторонние предметы. При замечаниях на короткое время ведет себя более сдержано. Предоставленный сам

себе, постоянно находится в движении, подбегает к окну, залезает под стол, взбирается на стул с ногами. При удержании внимания на вопросы отвечает охотно. В спонтанной речевой продукции проявляется ускоренность речи и многословие. Возбужденно рассказывает, что «не может оторваться от просмотра страшных фильмов», а потом не засыпает, так как представляет «страшные картинки: кто-то залезет по веревке в окно и украдет его, или придут Баба-Яга и Кощей Бессмертный, которые любят есть непослушных мальчиков». Согласен, что от страхов надо избавляться, с удовольствием обсуждает с врачом способы борьбы со страхами. О своей семье в настоящее время рассказывает спокойно, поясняет, что проживает с бабушкой и дедушкой, любит их, но они «скучные, старенькие». При активных расспросах о матери отмечает, что скучает о ней, но вспоминает редко. К отцу безразличен, не думает о нем никогда. Подробно рассказывает, о том, что является учеником 1-го класса. Учебные занятия воспринимает как игру, домашние задания самостоятельно не выполняет

Мышление конкретно-образного типа, ассоциации изменчивы с элементами образного воображения. Характеристика памяти и общая оценка интеллекта – нет признаков выраженной интеллект. недостаточности.

Обсуждение. Данное клиническое наблюдение показывает особенности семейной депривации, которые связаны преимущественно с аномальными личностными особенностями родителей: тревожно-мнительная мать с постоянно гиперопекающими реакциями, отец эмоционально холоден. В условиях хронической конфликтной семейной

ситуации с дошкольного периода у ребенка при отсутствии выраженной органической патологии фиксируется два типа расстройств:

- связанных с нарушением возрастного психологического развития. Характеризуется преимущественно проявлениями гипердинамичности в поведении: нарушениями внимания, гиперактивностью, расторможенностью.
- связанных с недифференцированными детскими страхами невротического типа. Они характеризуются образностью, высоким удельным весом в их формировании и фиксации, изменчивостью фабулы и отсутствием стойкого фобического компонента. Данные особенности невротических страхов определяются во многом признаками личностной незрелости. На это указывают подвижность эмоций, образность мышления, фантазийность, а так же неготовность к школьному обучению, низкий уровень продуктивности, отсутствие четкого представления о себе, как о ученике, игровой характер интересов.

Следовательно, рассмотренные особенности поведения при отсутствии четко выраженных признаков органического поражения головного мозга, с учетом стойкой конфликтности внутрисемейных отношений позволяют рассматривать проявления повышенной поведенческой активности как «ситуационную гиперактивность» или «гиперактивное поведение» по МКБ-10. В целом по обследованной группе детей это подтверждается следующими признаками:

1. Уровень поведенческой активности был более выражен вне домашней ситуации в условиях дошкольного учреждения (детского сада) или в условиях школы – на уроках, на переменах;
2. Повышенная поведенческая активность быстро сменялась подавленностью, тревожным ожиданием и внутренней напряженностью при семейных конфликтах, в ситуациях боязни наказаний. Следовательно, гиперактивное поведение характеризовалось преимущественно эмоциональными расстройствами со сменой настроения, лабильностью реакций, частыми переходами от ситуационно обусловленной раздражительности к реакциям страха;
3. Гиперактивное поведение причинно связывалось с психоэмоциональным напряжением, которое испытывали дети при сложности и конфликтности взаимоотношений со взрослыми, что усугублялось провоцирующим поведением или агрессивными реакциями гиперактивных детей. В связи с этими особенностями гиперактивное поведение в ряде случаев характеризовалось недостаточным прогнозированием возникающих конфликтных ситуаций и сопровождалось эмоциональным и поведенческим негативизмом при императивных требованиях сдержанности в поведении.
4. Гиперактивное поведение обследованных детей определялось преимущественно не достаточной сформированностью механизмов самоконтроля,

неспособностью к задержке реакций с проявлениями импульсивности;

5. В структуре гиперактивного поведения отсутствовали признаки выраженной психомоторной активности с нарушениями координации движений, изменениями мышечного тонуса, гиперкинетическими реакциями в виде стереотипно повторяющихся действий;

В гиперактивном поведении отсутствовали признаки стойкой истощаемости, сенсорной и эмоциональной гиперестезии, а также выраженные когнитивные затруднения с низкими познавательными способностями, слабой мотивацией на выполнение заданий, требующих интеллектуальных усилий.

В обследованной группе детей в 36% случаев (21 ребенок) наблюдались органические легкие когнитивные расстройства с ограниченностью познавательных интересов и личностной незрелостью. Указанные признаки преимущественно носили диссоциированный характер. Это выражалось в том, что дети испытывали трудности при вербализации своих переживаний и объяснении причин своих поступков. Одновременно отмечалась не сформированность значимых семейных, школьных представлений в сочетании с эгоцентричностью личностных установок. При этом в структуре интеллектуального дефекта существенной была "дефицитарность" социальных правил поведения, регулирующих межличностные детские взаимоотношения и ограниченностью учебных знаний, несформированность познавательных навыков и способностей. Эти легкие

когнитивные расстройства коррелировали с ситуационной гиперактивностью. Данные особенности реагирования отражались и на речевом общении. Незрелость навыков коммуникативного общения, примитивность грамматического строения речи сочетались с незрелой импрессивной функцией речи. При этом отсутствовали нарушения артикуляции и другие признаки стойкой задержки речевого развития.

В целом по группе ограниченный уровень вербального интеллекта, бедность объема пассивного и активного словарного запаса коррелировали с не успешностью усвоения элементарных школьных навыков чтения, счета, письма. В обследованной группе детей с семейной запущенностью при проверке уровня школьной успешности наблюдались грубые ошибки при беглом чтении, обратном счете, письме, понимании текста при чтении вслух. Общеобразовательные представления были отрывочны, несистематизированы, дополнялись личными измышлениями и догадками. Следовательно, диссоциация когнитивных функций проявлялась в том, что при сохранности предпосылок к активному развитию и использованию интеллекта наблюдалась недостаточность учебных знаний с отставанием от школьной программы. Также отмечалась недостаточная устойчивость положительной самооценки. Как правило, она характеризовалась внутренней неуверенностью, восприятием себя «отверженным», «изгоем», а отношение к себе сверстников оценивалось как конфликтное

Задержанное формирование, соответствующей возрасту личностной активности, сопровождалось неспособностью

легко адаптироваться в своем окружении, в частности детской учебной группе. Это сопровождалось фиксацией ригидных форм протестного или зависимого поведения.

Данные социально-клинического и клинико-психопатологического анализа совпадают с результатами других исследований, в которых убедительно показано, что такие социальные факторы как низкий уровень образования родителей, обстановка в семье, экономическое неблагополучие семьи значительно и независимо друг от друга влияют на распространенность психосоциальных нарушений у детей. При этом родители могут передавать ребенку свою раздражительность, недовольство, озабоченность или тревогу, повышая страх и тревогу ребенка, прививать повышенную конфликтность со склонностью к агрессивным реакциям.

В связи с тем, что семейно-бытовые конфликтные ситуации в

анализируемых наблюдениях занимают существенное место, проведена оценка связи между особенностями семейной дезадаптации и динамикой невротических, связанных со стрессом расстройств. Нами анализировались особенности ситуационных патохарактерологических реакций и ситуационных невротических реакции. К ситуационным реакциям относились реакции, связанные с конфликтными, неразрешимыми для ребенка жизненными обстоятельствами, которые проявлялись преимущественно в сфере эмоциональных отношений - это реакции страха, реакции с амбивалентными чувствами "симпатии-антипатии, привязанности-неприязни" как в структуре невротических

расстройств, так и в структуре реактивных нарушений привязанности к эмоционально значимым для ребенка взрослым членам семьи. Эти реакции имели определенную направленность, повторяемость и характерное выражение в преходящих отклонениях поведения с аффективными, поведенческими расстройствами и дисфункциональными нарушениями вегетативных функций, нарушениями сна.

Невротические реакции страха (ситуационные тревожные реакции с аффектом страха). Существует точка зрения, что наряду с клинически выраженными, психопатологически очерченными состояниями невротического страха в структуре дезадаптивных состояний у ребенка возможна фиксация психологического аффекта страха на восприятие опасности, как ответ на действие угрожающих стимулов. Реакции с тревожным настроением были связаны с ситуацией эмоционального отчуждения от родных, с отсутствием поддержки со стороны близких. Они возникали во время внутрисемейных конфликтов, протекавших в виде ссор с угрозами, драками, выраженной агрессивностью поведения взрослых членов семьи. В отдельных наблюдениях отмечалось своеобразное психологическое заражение страхом от близких для ребенка лиц. Это достаточно хорошо описанный психосоциальный феномен, наблюдающийся в семьях, где встречаются случаи насилия, когда в семье возникала ситуация "двойной жертвы" - угрозам, оскорблениям подвергались, например, со стороны алкоголизирующегося, психопатизированного отца, отчима и мать, и ребенок. Невротические страхи сопровождались ограничением поведенческой активности

ребенка, переживанием общей напряженности с пребыванием в скованной позе с плачем. Наибольшую выраженность невротические реакции страха имели в дошкольном и младшем школьном возрасте. По содержанию ведущим был страх наказания, который мог сочетаться с тревожным ожиданием повторения конфликта. Вне конкретных конфликтных ситуаций страх трансформировался в переживание внутреннего беспокойства. Одновременно отмечались нарушения засыпания, кошмарные сновидения комплексного содержания со снововорениями, частыми пробуждениями. Через короткое время клиническая картина усложнялась в связи с появлением дополнительных страхов темноты, одиночества, с представлениями о воображаемых опасностях и несчастьях. Одновременно менялось поведение. Оно становилось пассивным, доминировало состояние тревожного ожидания и психического напряжения.

Одним из признаков утяжеления психического состояния являлось появление реакций вины, которые проявлялись в опасениях. сделать что-либо не так, В этих случаях чаще наблюдалась фиксация пониженной самооценки с переживанием собственной «ущербности» или малоценности для родных и близких. Следовательно, в этих реакциях начинал доминировать личностный эмоциональный регистр. Сопровождающее реакции вины внутреннее беспокойство проявлялось в эмоциональной лабильности со снижением настроения, плаксивостью, переживанием чувств изолированности и отчужденности.

Реактивные расстройства привязанности.

Данные, преимущественно, аффективно-поведенческие реакции были связаны с внутренней противоречивостью и конфликтностью семейных отношений, когда в сознании ребенка постоянно происходило столкновение противоположно окрашенных и разнонаправленных эмоциональных реакций к эмоционально значимому для него взрослому – матери, отцу, бабушке. Наиболее постоянно такие реакции отмечались, когда первоначально теплые, несущие в себе чувство доверия, отношения сменялись при внутрисемейном конфликте между взрослыми стойкими, противоположными реакциями из-за алкоголизации, нарастающей аморальности поведения родителя или эмоционального дистресса в семье, например, в связи с материальными лишениями. Реактивные расстройства привязанности также дополнялись реакциями вины. Они носили интровертированный характер, сопровождались усилением переживаний с переносом на себя вины за происходящие в семье изменения. В сознании ребенка происходило своеобразное принятие на себя роли "козла отпущения". При этом наблюдались случаи усиления фантазирования, при котором ведущей темой была "идеализация" прежних бесконфликтных отношений. В структуре реактивных расстройств привязанности в поведении наблюдались черты пассивности, подчиняемости и легко возникающей зависимости. Такие дети не умели постоять за себя, легко терялись, не могли сразу найти необходимого решения при неожиданном изменении ситуации. В связи с данными особенностями поведения они часто становились объектом агрессивного отношения со стороны других детей в школе. Одновременно у них

отмечались своеобразные черты инфантилизации, плохой адаптированности.

При длительно существовавших конфликтных отношениях на первый план выходили патохарактерологические реакции в структуре реакций активного протеста. В их основе лежали длительные конфликтные отношения с нарастающим аффективным напряжением, эмоциональной отчужденностью, неприятием одной из сторон конфликта, например, преходящего отчима, который был груб с матерью. В этих случаях конфликтность отношений сопровождалась переживаниями обиды с переоценкой личной ущемленности, с раздражительным аффектом, обвиняющей направленностью личностных установок, аффективным вызовом и провоцирующим поведением. Реакции обиды сопровождалась изменением настроения с внутренней напряженностью, легко возникающими реакциями раздражения с упрямством и агрессивностью. Одновременно наблюдалась склонность к накоплению отрицательных эмоциональных переживаний с возвращением в памяти к истокам обид, к повторному воспроизведению отдельных высказываний, оскорблений. Такой внутренний, отставленный тип переработки аффективно значимых комплексов мог сопровождаться фантазированием на темы мщения. Склонность к конфликтной переработке переживаний обычно сопровождалась усилением выраженности эгоцентрических тенденций с упрямством, нетерпимостью и недоверчивостью.

В качестве примера трансформации гиперактивного поведения в определенные патохарактерологические

реакции с высоким риском их закрепления с девиантными формами поведения служит следующее наблюдение.

Клинический пример №2: Костерев Никита, 1992 г.р. обучается в ГОУ 1883 “детский сад - школа” (компенсирующего типа) в 4 классе. Обследован 12 ноября 2003г.

Жалобы учителей: Нарушение внимания, гиперактивность, претензии на лидерство, при неудачах - агрессия по отношению к одноклассникам, резкие эмоциональные перепады.

Анамнез (со слов матери): единственный ребенок в семье. Беременность исследуемым протекала без токсикоза, роды без патологии. Вес при рождении 3.700, рост 53 см. В течение 1-го года жизни наблюдался у невропатолога по поводу ПЭП. Детский сад посещает с 3-х лет. Адаптировался легко, в группе всегда был заводилой. Со слов матери, с детства был гиперактивен, расторможен, упрям: «никогда прощения не попросит, будет часами в углу стоять, мне на нервы действовать». Считает своего ребенка «маменькиным сыном». Агрессию объясняет плохим поведением одноклассников. Признает, что «ребенком практически не занимается, так как много работает», на вопрос врача, не боится ли, что ребенок попадет в плохую компанию, отвечает: «Я ему гулять не разрешаю, это запрещено. Он один дома прекрасно справляется».

Семейный анамнез Мать с отцом разведены с 1996г. В брак вступили в 1990 г., с самого начала в семье были конфликты «из-за разного взгляда на жизнь». Мать работает старшей

медсестрой в отделении наркологии. По характеру волевая, целеустремленная, эмоционально холодная, «всегда была в семье за мужчину». Ушла от мужа «так как он из себя ничего не представлял», периодически пил, был агрессивен к детям. Очень много работает, берет дополнительные суточные дежурства, дома практически не бывает, ребенка видит редко.

Соматическое состояние: состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски, со стороны опорно-двигательного аппарата без патологии, мышечная система развита хорошо, со стороны органов и систем без патологии. Данных за хронические соматические расстройства нет.

Неврологическое состояние: конвергенция не нарушена, глазные щели равновеликие (П=Л). Сухожильные рефлексy оживлены, с некоторым расширением рефлексогенных зон, равномерны. В позе Ромберга устойчив.

Психический статус: при первичном обследовании правильно ориентирован в месте времени и собственной личности, называет текущее время дня, правильно указывает, что он находится в школе. К обследованию относится спокойно, по существу понимает вопросы и инструкции, на беседу идет легко, активно предлагает спрашивать его «подольше», просит дополнительных заданий, интересуется, могут ли его пригласить «еще раз». Стараются создать о себе хорошее впечатление. В разговоре откровенен. О себе рассказывает подробно с удовольствием. Утверждает, что очень привязан к матери, переживает, что не отвечает её

ожиданиям. Отмечает, что не хватает материнской ласки. Не любит оставаться один вечерами, описывает состояния «когда не из-за чего плакать хочется, или разбить, сломать что-нибудь». Тайком от матери допоздна гуляет с ребятами во дворе, при этом дома оставляет телефонную трубку снятой с рычага «как будто я по телефону болтаю и дома занято». Пробовал курить. Употребление алкоголя и наркотиков отрицает. Рад, что родители разведены: «Когда папа жил с нами, я в детский сад с красной попой ходил». Агрессию по отношению к одноклассникам оправдывает тем, что они его «достають», «надо им показать, что я не слабак». Учеба дается без труда, однако в последнее время успеваемость снизилась, так как пропал интерес к занятиям, «и так сойдет». На продолжение обучения не замотивирован, интереса к будущему не проявляет, собирается «копаться с машинами». Мышление с некоторыми признаками конкретности, последовательное, характеризуется достаточным уровнем обобщения, способен оперировать отвлеченными понятиями, уровень абстрагирования достаточный, с достаточным развитием аналитического и синтетического компонентов, нарушений мышления не выявляется. Внимание не нарушено, повышенной истощаемости не выявляется. Мнестические процессы сохранены. Интеллект в норме. Ищет общения, эмоциональной поддержки, после окончания беседы возвращается с вопросами, потом просит «дать тут посидеть». После настойчивого удаления из кабинета привлекает к себе внимания с улицы, залезая на решетку окна.

Обсуждение:

Данное клиническое наблюдение показывает многокомпонентный характер семейной депривации со следующими особенностями:

А) акцентуированные личностные свойства родителей: стеничная, эмоционально сдержанная в выражении теплых чувств мать и эмоционально неустойчивый с чертами возбудимости и агрессивности отец;

Б) постоянная загруженность работой у матери, что определяет ведущий фон семейной депривации, когда эмоциональная отчужденность отягощается отсутствием времени у родителей для того, чтобы систематически заниматься развитием потребностей и интересов ребенка.

В условиях хронической конфликтной семейной ситуации с жестокими случаями обращения у ребенка при отсутствии выраженной органической патологии у ребенка формируются следующие расстройства:

- расстройства связанные с нарушениями возрастного психологического развития в виде рано появившихся признаков гипердинамичности в поведении с нарушениями внимания, гиперактивностью, эмоциональной неустойчивостью;
- патохарактерологические реакции с чертами эгоцентричности, возбудимости и «социально усвоенными» формами агрессивного поведения

Патохарактерологические реакции сочетаются с признаками личностной незрелости, на что указывают подвижность эмоций, образность мышления, готовность к формированию расстройств комплексного характера. Одновременно выступает неготовность к школьному

обучению, низкий уровень позитивной продуктивности. Данное наблюдение иллюстрирует те случаи, когда гипердинамическое поведение выступает своеобразным предиктором личностных отклонений с асоциальностью в поведении.

Таким образом, в данных наблюдениях ситуационные патохарактерологические реакции также отражают нарушенное эмоционально-личностное отношения к кризисной, семейной ситуации.

Анализ показал, что ситуационные невротические реакции страха, развивающиеся в дошкольном, младшем школьном возрасте имеют меньшую личностную опосредованность, чаще протекают как реакции острого испуга с последующими пролонгированными переживаниями малодифференцированного страха и общей тревожности. Повторные конфликты с угрозами, драками, побоями могли вызвать кратковременные реакции с заторможенностью, плачем, пассивно-отказными формами реагирования с регрессом сформированных навыков, кратковременными нарушениями активной, экспрессивной речи.

Реактивные расстройства привязанности, также как невротические реакции страха, связаны преимущественно с дошкольным и младшим школьным возрастом, характеризовались определенной личностной опосредованностью, сопровождались углублением в характере личностного реагирования черт интровертированности, внутренней переработки конфликтных, психологических переживаний с чувством их неразрешимости. Одновременно наблюдалось формирование

разнополюсного тревожно-боязливого и оправдывающего отношения к родным. Такая динамика конфликта чаще развивалась в семейных ситуациях, когда мать в конфликте занимала вынужденную амбивалентную позицию из-за материальной или другой зависимости от деспотичного, аффективно-возбудимого мужа - отца ребенка или отчима. Данные реакции чаще были связаны с утратой семейной психологической поддержки, чувством "изгойности" и семейной отверженности.

Наблюдавшиеся в обследованной группе детей невротические реакции страха и реактивные расстройства привязанности коррелировали с поведенческими реакциями детского периода - реакциями активного и пассивного протеста, реакциями отказа, сопровождались присоединением моносимптомных, преходящих нарушений сна, астеническими реакциями (+ 27), а также проявлениями транзиторного логоневроза и признаками вегето-сосудистых дистонических расстройств (+0,42). Для них установлена отрицательная корреляция с поведенческими реакциями подросткового периода (-0,26) и реакциями психологического пубертатного криза (-0,15). Отмеченные реакции имели высокий коэффициент корреляции с когнитивным дефицитом, включая задержанное развитие познавательных интересов и способностей, несформированность и замедленное усвоение элементарных школьных навыков, функциональные нарушения речевого развития, ограниченность социальных представлений и навыков группового взаимодействия со

сверстниками, неумением контролировать и сдерживать свои реакции.

Ситуационные личностные патохарактерологические реакции протекали с раздражительным аффектом и наблюдались у детей более старших возрастных групп: 7-11 лет (+O,27) и для своей фиксации и внутриличностной переработки требовали длительного периода психогенной травматизации и достаточно дифференцированной структуры личностных отношений. Данный тип личностного реагирования при своей мозаичности в основном включал признаки экстравертированности с эгоцентрическими личностными установками, внешнеобвиняющими активными протестными реакциями, чертами повышенной аффективной возбудимости и признаками агрессивности в поведении.

При оценке связи между типологией реакций и семейной ситуацией наибольшее значение имел тип семейного неблагополучия, связанный со стойкими конфликтными отношениями, сопровождающийся стремлением вовлечь ребенка в конфликт, восстановить против отдельных членов семьи.

Выделение типов ситуационного личностного реагирования при различных формах семейного неблагополучия позволяет провести в каждом конкретном случае углубленный анализ. Семейное неблагополучие с хроническими конфликтными отношениями формирует с одной стороны ситуационные невротические аффективные реакции, которые сочетаются с поведенческими реакциями детского периода (+O,21); с другой стороны конфликтные

отношения определяют включение в эти реакции моносимптомных невротических расстройств.

В отличие от этого типа семейного неблагополучия семья с дефектами воспитания характеризуется менее кризисным влиянием на психосоциальное развитие ребенка.

Особенности семейной дезадаптации и связанные с ней патологические отклонения в личностном развитии и поведении обнаруживают достаточно устойчивые связи с нарушениями школьной дезадаптации.

Результаты экспериментально-психологического исследования показали следующие особенности:

Во всех случаях отмечался сниженный темп работы, преимущественное продуцирование конкретных ассоциативных образов, неустойчивость самооценки, незначительные нарушения операций сравнения и обобщения, негрубые нарушения внимания, эмоциональная незрелость, некоторая задержка психического развития.

Личностные особенности детей данной группы отличались выраженностью тревожного, эмоционально-неустойчивого радикалов и самообвиняющей позиции. Дети характеризовались лабильным аффектом с преобладанием тревожного компонента.

Социально-психологический и клинико-психопатологический анализ позволяют выделить следующие признаки нарушений социальной и психолого-педагогической готовности к школе в этой группе детей при семейной дезадаптации.

Школьная жизнь целиком подчинена овладению знаниями, обучению. Она значительно более строго регламентирована и протекает по своим, отличным от предыдущей жизни ребенка, правилам. Чтобы успешно освоиться в новой жизни ребенок должен быть достаточно зрелым в личностном аспекте. Он должен иметь определенный уровень педагогической подготовки к школе. Неготовые к школе в этих отношениях дети значительно уступают сверстникам. Показательны при этом следующие признаки:

а) Нежелание идти в школу, отсутствие учебной мотивации.

Подавляющее число детей активно стремится в школу. В глазах ребенка она знаменует собой новый этап его взрослости. Ребенок осознает, что он уже стал достаточно большим и должен учиться. Дети нетерпеливо ждут начала занятий. Их вопросы, разговоры все активнее фокусируются на школе. Они психологически готовятся к новой роли, которой им надлежит овладеть - роли ученика. Дети с низкой личностной готовностью к школе всего этого не имеют. Предстоящая школьная жизнь не вошла в их сознание и не возбудила соответствующих переживаний. Их вполне устраивает прежняя жизнь. На вопрос: "Ты хочешь в школу?" - отвечают: "не знаю", а, если дают утвердительный ответ, то, как выясняется, привлекают их в школе не содержание школьной жизни, не возможность научиться читать, писать, узнавать новое, а сугубо внешние стороны - не расставаться с товарищами из группы детского сада, иметь, как и они, ранец, носить школьную форму (частота встречаемости признака в группе обследуемых детей - 78,6%, в контрольной группе - 24,8%).

б) Недостаточная организованность и ответственность ребенка; неумение общаться, адекватно вести себя.

Основные нормы человеческого общения, правила поведения усваиваются детьми до школы. Тогда же у большинства из них складываются и предпосылки такого важного социального качества человека как ответственность. Своевременного формирования соответствующих качеств и умений у психологически не готовых к школе детей не произошло. Их поведение отличается неорганизованностью: они или излишне, беспорядочно активны или, напротив, - чрезвычайно медлительны, безынициативны, замкнуты. Такие дети плохо осознают специфику ситуаций общения и поэтому часто неадекватно себя ведут. В играх они нарушают правила, очень трудным является для них участие в сюжетно-ролевых играх. Такие дети безответственны: легко забывают о поручениях, не переживают по поводу того, что не выполнили обещанного (частота встречаемости признака в группе обследуемых детей – 64.8%, в контрольной группе – 32,8%).

в) Низкая познавательная активность.

Непременной предпосылкой успешного включения ребенка в учебную деятельность является наличие у него так называемого познавательного отношения к действительности. У большинства детей к началу школьного обучения такое отношение оказывается сформированным. Дети перерастают игру, игровые интересы, которые окрашивали дошкольный период их развития. Они начинают осознавать себя как часть большого мира, в котором живут, и активно хотят в этом мире разобраться. Они любознательны, задают много вопросов, настойчивы в поисках ответов.

Дети с низким уровнем развития познавательной активности - иные. Круг их интересов, как правило, сужен, не простирается дальше непосредственно окружающего. Они не задают вопросов, редко сами берут в руки детские книги, журналы, рассматривают картинки. Их внимание не удерживают познавательные передачи по радио, телевидению. Внутреннее побуждение к знаниям, к учению, характерное для познавательно активных детей накануне школы, у них заметно понижено (частота встречаемости признака в группе обследуемых детей – 84,6%, в контрольной группе – 22,8%).

г) Ограниченный кругозор.

При нормальном развитии к моменту поступления в школу дети уже усваивают значительный объем информации, приобретают ряд умений и навыков, которые позволяют включиться в процесс целенаправленного, систематического обучения. Вооружение знаниями и умениями происходит как в процессе особой подготовительной работы в детском саду, дома, так и в непреднамеренной, специально не нацеленной на учение деятельности, когда ребенок стихийно впитывает знания из окружающей жизни, овладевает умениями. Однако, у разных детей результаты такого подготовительного или стихийного обучения бывают разными. Сказываются, при этом, не только различия в условиях воспитания, но и индивидуальные различия в познавательной деятельности. Чем бы ни был обусловлен ограниченный кругозор ребенка, само по себе наличие этого факта требует к нему внимательного отношения и является сигналом к

необходимости специальной коррекционной работы (частота встречаемости признака в группе обследуемых детей – 92,6%, в контрольной группе – 28,6%)..

д) Низкий уровень развития речи (логичности, содержательности, выразительности).

Речь ребенка, как и взрослого человека, является одной из специфических форм человеческого сознания и одновременно - его наглядным выразителем. По тому, как ребенок говорит - в свободном диалоговом общении (отвечает на вопросы, рассказывает о взволновавших его явлениях, событиях), можно составить достаточно правильное представление о том, как он думает, как воспринимает и осмысливает окружающее. Речь детей с отставанием в развитии познавательной деятельности обычно характеризуется бедностью языковых форм, ограниченностью лексического запаса, наличием аграмматических фраз (частота встречаемости признака в группе обследуемых детей – 62,8, в контрольной группе – 12,6%).

2.3. Несформированность психофизиологических и психологических предпосылок учебной деятельности.

Решение задач начального этапа школьного обучения предполагает определенный уровень развития у детей ряда психологических и психофизиологических функций, наиболее тесно связанных с учебной деятельностью. Известно, однако, что более 20% семилеток и около 40% шестилеток, начинающих учиться, имея нормальный интеллект, не обладают достаточной функциональной готовностью к школе. При отсутствии необходимых

коррекционных воздействий, это обстоятельство становится причиной начального отставания детей в учении.

Выделяется ряд показателей, достаточно определенно отражающих недоразвитие психофизиологических и психологических школьно-значимых функций. К их числу относятся:

а) Несформированность интеллектуальных предпосылок учебной деятельности.

Усвоение школьных знаний требует развития у детей ряда интеллектуальных умений. Этими умениями на необходимом уровне дети овладевают обычно в разнообразных видах практической и игровой деятельности, которыми насыщено дошкольное детство. Их развитие специально предусмотрено и программой воспитания в детском саду. Если же в силу причин внешнего или внутреннего характера эти умения сформированы не были, то без специального внимания к этому факту и целенаправленной коррекционной работы неизбежно возникает риск академической неуспеваемости ребенка в условиях обычного обучения (частота встречаемости признака в группе обследуемых детей – 81,2%, в контрольной группе – 20,5%).

б) Недоразвитие произвольного внимания, слабая произвольность деятельности.

Важнейшей предпосылкой успешности учебной деятельности является ее произвольность - умение сосредоточиться на решаемой задаче, подчинить ей свои действия, спланировать их последовательность, не потерять условия задачи в процессе деятельности, выбрать адекватные средства ее решения, довести решение до конца, проверить правильность полученного результата. Очевидно, что несформированность на необходимом уровне этих умений повлечет за собой проблемы, которые будут

проявлять себя во всех видах школьных занятий, при усвоении различного учебного материала (частота встречаемости признака в группе обследуемых детей – 74,2%, в контрольной группе – 41,6%)..

в) недостаточный уровень развития точной моторики руки.

Процесс овладения письмом при обучении грамоте и математике, так же, как процесс рисования и выполнения многих поделок, предусмотренных программой по труду, требуют определенной сформированности мышц кисти и предплечья. При недостаточной тренированности и развитости последних, несмотря на чрезвычайные усилия ребенка, освоение перечисленных видов деятельности становится для него большой проблемой. Недостаточный уровень развития названных функций затрудняет определение пространственных взаимоотношений элементов букв, цифр, геометрических линий и фигур, осложняет ориентировку в схемах и наглядных изображениях. Эти отклонения служат естественным препятствием в обучении чтению, письму, в усвоении начальных математических знаний, при выполнении поделок и рисовании (частота встречаемости признака в группе обследуемых детей – 64,6%, в контрольной группе – 31,6%).

г) несформированность пространственной ориентации, координации в системе "рука-глаз".

Недостаточный уровень развития названных функций затрудняет определение пространственных взаимоотношений элементов букв, цифр, геометрических линий и фигур, осложняет ориентировку в схемах и наглядных изображениях. Эти отклонения служат естественным препятствием в обучении чтению, письму, в усвоении

начальных математических знаний, при выполнении поделок и рисовании (частота встречаемости признака в группе обследуемых детей – 54,9%, в контрольной группе – 18,2%).

д) Низкий уровень развития фонематического слуха.

Фонематический слух - это умение различать отдельные звуки в речевом потоке, выделять звуки из слогов. Для продуктивного обучения грамоте и для выработки орфографического навыка учащиеся должны "узнавать" фонемы не только в сильных, но и в слабых позициях, различать варианты звучания фонемы, соотносить букву с фонемой в разных позициях.

У большинства детей группы риска фонематический слух столь не совершенен, что невозможными становятся процедуры самостоятельного придумывания слов на заданный звук в ясных по произношению словах. Такого уровня "фонематическая глухота" встает преградой перед формированием навыков чтения и орфографически правильного письма (частота встречаемости признака в группе обследуемых детей – 46,8%, в контрольной группе – 12,6%).

Следовательно, в обследованной группе детей со стойкой семейной дезадаптацией явления депривации к возрасту школьного обучения отягощаются нарушениями функциональной готовности к учебе. Несмотря на функциональный характер этих нарушений, при отсутствии признаков органического поражения головного мозга с тотальными формами интеллектуальной недостаточности они определяют в последующем выраженную школьную дезадаптацию. Это положение иллюстрирует генерализацию

отдельных форм дезадаптации и отягощение условий семейной запущенности педагогической запущенностью.

Глава 4. Пограничные психические расстройства, развивающиеся у подростков с девиантным поведением в условиях семейной депривации.

В данной главе представлен клинико-психопатологический анализ связи психических и поведенческих расстройств с аномальными семейными отношениями и условиями семейной депривации у детей с безнадзорностью и асоциальными формами поведения (воспитанники специализированной школы закрытого типа для детей с девиантным поведением и несовершеннолетние, находящиеся в центре временной изоляции).

2.1. дети на момент обследования, находившиеся в центре временной изоляции несовершеннолетних (25 мальчиков);

2.2. дети, на момент обследования находившиеся в специальном образовательном учреждении для детей с девиантным поведением (43 мальчика). Средний возраст детей в обследованной группе - 13,8 лет. Все дети росли и воспитывались до поступления в школу в условиях стойкой семейной дезадаптации, систематически вели асоциальный образ жизни с криминальной активностью и на период обследования находились в условиях специальной школы для несовершеннолетних с девиантным поведением (поселок городского типа Анны Воронежской области) или Центра временной изоляции для несовершеннолетних (г. Москва) . Большинство подростков в исследуемой группе употребляли токсические вещества, чаще всего - клей, растворители, ацетон, бензин. В то же время имелось стойкое предубеждение против употребления наркотических препаратов, никто из обследованных подростков их систематически не употреблял, хотя большая часть группы знакомы с их действием по 1-2 приемам. Большинство подростков систематически употребляли алкоголь, в том числе в больших дозах.

У большинства обследованных детей семьи были неполными, практически во всех случаях воспитание осуществляла только мать. Отношения с матерью и другими членами семьи были конфликтными в 56%, хорошими в 28% и безразличными в 16% случаев против 1,7%, 91,5%, 6,8% в контрольной группе соответственно.

Образовательный уровень детей из исследуемой группы характеризовался следующими особенностями: умеют читать и писать (84% против 100% в контрольной группе), 36% против 89,5% в контрольной группе, имеют запас знаний соответственно возрасту; 8% не умеют читать и писать, никогда не посещали школу; 8% обучались во вспомогательной школе. Некоторые подростки имели свой собственный заработок, в основном – в результате занятий неквалифицированным трудом (мытьё автомобилей, работа на рынках грузчиками, сторожами), а также попрошайничеством, в том числе – организованным, находящимся под криминальной «опекой».

В большинстве случаев отмечена наследственнаяотягощенность алкоголизмом по отцовской (44% против 8,6% в контрольной группе) и материнской линии (36% против 0% в контрольной группе), у близких родственников (8% против 0% в контрольной группе), в части случаев имеется отягощенность другими психическими расстройствами.

Как тип воспитания преобладает гипоопека (52% против 3,4 в контрольной группе), воспитание без особенностей (32% против 81,1% в контрольной группе). Отвержению и избыточной строгости подвергаются по 8% против 0% и 8,5% в контрольной группе соответственно.

Характер игровой деятельности у детей в этой группе оценивался ретроспективно. Больше половины группы описывали свои отношения с ровесниками, как равные (56% против 83% в контрольной группе), о лидерстве заявили 24% против 17% в контрольной группе, подчиненными были 16% против 0% в контрольной группе, были отвергнуты группой сверстников 12% против 0% в контрольной группе, избегали контакта 8% детей этой группы против 0% в контрольной группе.

Со стороны окружающих взрослых с младшего школьного возраста обследованные дети характеризовались исключительно в отрицательных оценках.

У большинства обследованных детей из группы отмечалась соматическая патология; в 12% случаев выявлена хроническая патология со стороны дыхательной системы, в 23% - со стороны желудочно-кишечного тракта. Неспецифическая неврологическая патология отмечалась более, чем у половины группы.

Таблица 7. Семейные отношения исследуемых.

	Отношения в семье хорошие		Отношения в семье конфликтные		Отношения в семье безразличные	
	N	%	N	%	N	%
Группа II	17	21,7*	4 1	52,6*	11	14,1*
Группа	54	91,5	4	6,8	1	1,7

III						
-----	--	--	--	--	--	--

* - обнаружены достоверные различия ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$)

Изучение динамики клинико-социальных признаков проводилось по возрастным этапам: до 7 лет, 7-10 лет, 11-13 лет, 14-16 лет. По возрастным периодам: до 7 лет и 7-10 лет оно проводилось ретроспективно по социально-медицинской документации, так как дети направляются в образовательные учреждения закрытого типа только после достижения возраста 11 лет.

Изучение наследственного фона обнаружило наличие наследственной отягощенности в 77,0% наблюдений, при этом отцы 64,1% подростков страдали алкоголизмом, 45,2% матерей злоупотребляли алкоголем; алкоголизм у ближайших родственников (братьев, сестер) имел место в 22,6 случаев.

Психические расстройства (эндогенные психозы и расстройства личности) отмечены по материнской линии у ближайших родственников в 7,6% случаев. Другие расстройства, включая суициды у родителей и ближайших родственников, выявлены в 26,4% случаев. Особенности внутрисемейной наследственной отягощенности по группе детей с безнадзорностью и девиантным поведением представлено в таблице (таблица 8).

Таблица 8. Внутрисемейная наследственная отягощенность по группе детей с безнадзорностью и девиантным поведением

Тип Патолог ии	Эндогенн ые Психозы		Расстройс тва личности		Алкоголиз м		Другие*		и
	N	%	N	%	N	%	N	%	
У отца	0	-	0	-	34**	64,1	2	3,7	
У матери	1	1,8	1	1,8	24**	45,2	1	1,8	
У бл. Родст.	1	1,8	1	1,8	12	22,6	6	11, 3	
Всего	2	3,8	2	3,8	70	43** *	1 4	26, 4	6

* - обнаружены достоверные различия ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$)

Следовательно, в обследованной группе исследуемых следует отметить воздействие двух факторов. Первый из них следует рассматривать как биологический фактор, определяющий в силу наследственной отягощенности, определенный риск психических и поведенческих расстройств у детей.

Собственно психические расстройства, чаще это алкоголизм родителей и ближайших родственников, отмечены в абсолютном большинстве наблюдений основной группы ($P=0,01$), преимущественно это алкоголизм родителей и ближайших родственников ($P=0,01$).

Второй фактор следует рассматривать по своему воздействию как психосоциальный, потому что он определяет высокий уровень нарушений психосоциального семейного окружения детей.

Особенности семейных отношений характеризовались следующими признаками:

- неполная семья (51,4%), наличие мачехи или отчима(34,4%);

- физические наказания (42,1%);

- противоречивая направленность воспитательных мер: со стороны отца, отчима физические наказания, со стороны матери - гиперопека с потаканием или оправданием поведения (39%).

Воспитание в семье по типу гипопротекции наблюдалось в 50,5% случаев, с применением физического насилия в 42,7% случаев, воспитание в условиях «конфликтной семьи» в 39,2%, по типу потворствующей гиперпротекции в 7,7% наблюдений, гармоничный тип воспитания отмечен только в 9,9% случаев. До этапа безнадзорности только 24,3% детей воспитывались в полной семье (родными матерью и отцом), матерью и отчимом -28,5%, отцом и мачехой - 5,5%. В неполной семье (одной матерью) воспитывались 28,5% детей, сиротами и «социальными сиротами» являлись 8,8% детей. Воспитывались в государственных учреждениях интернатского типа 6,6% обследованных, 4,4% из них поступили в интернаты из-за отсутствия семьи и 2,2% из-за лишения родителей родительских прав..

Асоциальный образ жизни вели 75,6% родителей, судимости у отца, матери, ближайших родственников имели место в 51,6% наблюдений. Противоправные действия родителей представляли собой хищения, разбои, убийства. В 32% случаев у родителей отмечалась стойкая социальная дезадаптация, так как они в течение длительного времени не

работали, вели паразитический образ жизни, жили случайными заработками, материально не поддерживали семью. В 38,5% случаев матери также не имели постоянного места работы. Следовательно, несовершеннолетние из этой группы воспитывались преимущественно в неполных и деструктивных семьях, по сравнению с детьми из контрольной группы ($P=0,05$). До поступления в специальные учреждения закрытого типа они чаще помещались в государственные учреждения интернатского типа, будучи сиротами и социальными сиротами ($P=0,01$). Большая часть этих детей была из многодетных семей — 37,3% против 8,5% в контрольной группе ($P=0,05$).

Уровень образования родителей был следующим: 75,8% отцов имели среднее и среднее специальное образование, 5,5% отцов имели незаконченное среднее образование, 3,3% отцов - высшее образование, 87,9% матерей имели среднее и среднее специальное образование, 4,3% матерей имели незаконченное среднее образование, 7,8% матерей — высшее образование.

Следовательно, практически все дети этой группы воспитывались в ситуации «психической» заброшенности — гипоопеки и безнадзорности. Социально-психологическая заброшенность детей приводила к поиску социальных контактов вне дома, неправильной социализации личности и фиксации девиантных форм поведения. В большинстве случаев дисфункциональные семьи с асоциальной моделью поведения родителей (алкоголизм, наркомания, жестокое обращение) определяли дисгармоничность психического развития — недоразвитие эмоционально-волевой сферы,

задержку и искажение формирования морально-этических сторон личности, а также задержку интеллектуального развития (Личко А.Е., 1985; Захаров А.И., 1988; Варга А.Я., Хамитова И.Ю., 2000; Minuchin S., 1974; Lytton H., 1990). В большинстве наблюдений дисгармоничное воспитание взаимодействовало с другими факторами — отягощенной наследственностью, низким образовательным уровнем родителей, их асоциальным поведением. Обращает на себя внимание значительная частота встречаемости асоциального поведения родителей и ближайших родственников подростков, склонность их к противоправным действиям.

Следовательно, важнейшими предикторами безнадзорности и асоциального поведения в обследованной группе выступала психопатологически отягощенная наследственность и нарушения ранней социализации в форме социально-средового воздействия нестабильной деструктивной семьи в сочетании с воспитательными формами воздействия по типу гипоопеки и применение мер физического насилия.

Тип воспитания в семьях в большинстве случаев соответствовал гипоопеке или отвержению. Большинство обследованных детей сообщало, что с раннего возраста родители выгоняли их из дома на улицу, поэтому они “гуляли” до вечера, когда их наконец впускали домой. Многие убегали из дома к бабушкам и дедушкам, где фактически и жили. Жестокое обращение включало побои, телесные наказания, наказания голодом, а в ряде случаев носило характер изощренных издевательств. Большинство подростков в ответ на жестокое обращение убегали из дома, многие уезжали в крупные города, прежде всего — в Москву, где имелась возможность прокормиться воровством и

попрошайничеством. В ряде случаев в семьях отмечались эпизоды сексуального насилия со стороны отцов, отчимов, “друзей” матери. В большинстве случаев дети отмечали, что в среде сверстников и более старших, криминализированных подростков, к ним относились лучше, чем дома. В целом по группе по сравнению с контрольной группой сообщения о физическом насилии соотносились как 2:1, унижении – 3:2, сексуальном насилии 9:1. Во всех случаях домашняя обстановка оценивалась подростками хуже, чем их настоящее существование.

Характер коммуникативной и игровой деятельности оценивался ретроспективно. Большинство детей данной группы сообщали об игровой деятельности как о давно минувшем прошлом, в то время как в контрольной группе большинство детей сопоставимого возраста указывали, по крайней мере, одну любимую игру. До 30% детей в контрольной группе в возрасте 12-14 лет продолжали играть со сверстниками. В отличие от них дети с безнадзорностью и асоциальным поведением относили свою игровую деятельность на период “детства”, которое по их мнению, закончилось в 6-7 лет, после чего у них началась «самостоятельная жизнь». В качестве альтернативы играм они описывали бесцельные прогулки, случаи мелкого хулиганства. В возрасте до 7 лет большинство детей отвергались коллективом сверстников, поэтому они предпочитали игры в одиночестве. Во многих случаях игры носили выраженный деструктивный характер. Групповые игры также отличались жестокостью, не имели строго очерченных правил и сюжета.

Проблемы семейной дезадаптированности во всех случаях отягощались устойчивой школьной дезадаптацией. Она сопровождалась такими неоправданными мерами, как необоснованный перевод трудных детей на индивидуальные программы обучения; отсутствие мер противодействия нерегулярному посещению школы. В обследованной группе детей со стойкой школьной неуспешностью установлены следующие мотивы оставления школы:

45% детей покинули школу из-за конфликтов с учителями;

24% - в связи с отставанием в учебе;

38% считали себя "выгнанными".

В отличие от ситуации отвержения в дошкольном и младшем школьном возрасте с вхождением в асоциальные и криминальные подростковые группировки статус большинства детей заметно повысился. Чаще всего они считали себя равными членами молодежных групп, а в 20% случаев претендовали на лидерство.

Со стороны окружающих взрослых с младшего школьного возраста дети с асоциальными формами поведения характеризовались исключительно в отрицательных тонах. Их именовали «хулиганами», направляли на различные педагогические и медико-социальные комиссии, неоднократно в отношении их принимались решения о переводе в “коррекционные классы”, где они часто при отсутствии должного педагогического воздействия становились «лидерами», группировали вокруг себя детей с невысоким интеллектом, вместе с ними совершали правонарушения. Впоследствии большинство детей бросало школу, мотивируя это отсутствием интереса к учебе. Другая часть детей, как правило, училась до 5-6 класса и несколько позже начинали допускать систематические прогулы и оставляли учебу.

Подростки, оставившие учебу в более старшем возрасте реже бродяжничали, обычно их криминальные действия были спровоцированы корыстными мотивами, носили характер краж.

В анализированной группе выявлены следующие типы отклоняющихся форм поведения:

1. самовольное и систематическое уклонение от учебы - 74,8%;

2. уходы из дома и бродяжничество - 42,3%;

3. аутоагрессивное поведение – 16,1%.. Многие совершали самоповреждения (36,8%), в основном аутоагрессия носила демонстративный характер. Часто акты самоповреждений совершались на фоне измененного настроения и дисфорического аффекта со стремлением причинить себе боль (неглубокие порезы, прижигания сигаретой).

Такая форма поведенческих расстройств как гипердинамическое поведение наблюдалась в анамнезе в 56% случаев, что позволяет рассматривать ее как определенный предиктор последующих девиантных нарушений поведения.

Для задач, связанных с оказанием социально-профилактической помощи, в обследованной группе выделялись следующие варианты асоциального поведения:

1. агрессивно-насильственное поведение, включая "вандализм", поджоги - 36,4%. В 64,7% случаев это были агрессивные действия в отношении людей и животных, в 58,8% - в отношении неживых объектов (порча и разрушение автомобилей, киосков, остановок транспорта, зданий).

2. ранняя алкоголизация (77,1%), включая токсикоманическое поведение - 22.5%;

3. насильственные действия сексуального характера - 9,1%;

4. корыстное поведение, включая кражи, хищения, угоны автотранспортных средств - 87,2%.

Сведения о ранней резидуально-органической патологии головного мозга (пре- и перинатальная патология) выявлены по данным анамнеза в 43,9% случаев и только в 12,7% случаев у несовершеннолетних контрольной группы ($P=0,01$).

Детей с признаками церебрально-органической недостаточности при асоциальных формах поведения отличала спонтанность агрессивных действий, совершаемых, как правило, на высоте злобно-раздражительного аффекта, либо в группе сверстников, в силу их определенной подчиняемости из-за проявлений личностной незрелости. Многие дети в подростковом возрасте становились членами молодежных криминальных группировок, но никогда не занимали в них лидерских позиций. Для них более характерными оставались черты личности с признаками тормозимости с проявлениями низкого интеллекта, поэтому они легко попадали в зависимость от асоциальных подростков со стеничным поведением.

В этой группе также отмечались подростки с формирующимися расстройствами личности, прежде всего – истерического круга. Расстройства личности носили у них черты несформированности с преобладанием мозаичности отдельных аномально-личностных черт.

Большинство подростков совершали асоциальные действия повторно и многократно.

В контрольной группе только около 15% детей совершали асоциальные действия противоправного характера

и состояли на учете в КДН. Большинство этих действий носили в контрольной группе административный характер, совершались без предварительного планирования, часто в группе, при ее непосредственном давлении, корыстные мотивы встречались редко. Все подростки с асоциальными формами поведения в контрольной группе, совершили одно правонарушение, рецидивов среди них не наблюдалось.

Выше было указано, что семейная социально-психологическая дезадаптация детей из этой группы дополнялась признаками устойчивой школьной дезадаптации.

Около 70% обследованных детей из исследуемой группы умеют читать и писать, посещали школу 3-4 года; 10% не умели читать и писать, никогда не посещали школу. Ни в одном случае не было отмечено удовлетворительных знаний по школьным предметам, хотя многие дети формально числились учащимися соответствующих по возрасту классов и их успеваемость в школе оценивалась как удовлетворительная. В 35% случаев наблюдалось второгодничество.

Около трети подростков до помещения в специальную школу имело свой собственный заработок, в основном – в результате занятий неквалифицированным трудом (мытьё автомобилей, работа на рынках подсобными рабочими), попрошайничеством, в том числе – организованным, а также воровством, проституцией. Большинство подростков было вполне удовлетворено своим социальным положением.

Психическое состояние этих детей и выявляемые у них психогенные и депривационные нарушения во многом

определялись характером предшествующей социализации. В большинстве случаев антиобщественное поведение формировалось рано, как правило, в младшем школьном возрасте. Свыше 2/3 случаев (65,4%) стойкие асоциальные нарушения поведения сформировались и закрепились в возрасте от 7 до 12 лет. Достоверно чаще у детей этой подгруппы наблюдались случаи устойчивого бродяжничества, ранней и систематической алкоголизации, агрессивно-насильственные действия, включая драки с детьми, избиения более младших и слабых, вымогательство денег у сверстников (57,6%).

Большинство детей с проявлениями безнадзорности и асоциальным поведением уже с 8-10 лет совершали различные правонарушения, включая тяжкие, однако, не привлекались к уголовной ответственности в связи с возрастом. В этой группе, как правило, не наблюдалось характерного для криминальной среды последовательного утяжеления правонарушений. Многие дети сразу же совершали тяжкие преступления. В среднем ими до направления в специальную школу совершалось 6-8 преступлений в течение года. В структуре правонарушений преобладали кражи, которые совершались, как правило, в мелких продуктовых и промтоварных ларьках. Наиболее часто похищались продукты питания, алкоголь, табачные изделия. Высок был уровень квартирных краж и краж с дачных участков, где похищалось все, что имело ценность, и могло быть легко сбыто. На втором месте по частоте стояли грабежи и разбои, при этом чаще всего жертвами становились лица, хорошо известные самим подросткам,

обычно – сверстники. Противоправные действия характеризовались жестокостью, практически не высказывались раскаяния, слова жалости к потерпевшим. Это подтверждается данными экспериментально-психологического исследования, которые указывали на выраженные формы эгоцентризма в сочетании с эмоциональной холодностью, высоким уровнем агрессии и низким порогом ее разрядки.

При клинико-психопатологической характеристике детей с безнадзорностью и асоциальным поведением отмечены следующие ведущие психопатологические расстройства:

В большинстве случаев в исследуемой группе дети с различной частотой употребляли токсические вещества, чаще всего – клей, растворители, ацетон, бензин; в 20% случаев в обследованной группе наблюдались признаки зависимости, что не встречалось в контрольной группе, где отмечались единичные случаи токсикоманических эпизодов и эпизодическое употребление спиртных напитков. Среди детей с асоциальным поведением и злоупотреблением токсических веществ во всех случаях отмечались признаки церебрально-органической недостаточности, которая характеризовалась следующими особенностями:

происхождение органического поражения ЦНС было мультиэтиологично, преобладала ранняя пренатальная и постнатальная патология, травмы головы, интоксикация. Выраженность органического поражения ЦНС была связана со стажем употребления токсических веществ.

Подавляющее большинство детей из обследованной группы употребляли те или иные одурманивающие средства. 70,0% регулярно употребляют алкоголь, прежде всего – пиво, “слабоалкогольные” коктейли, но часто – водку, самогон. У подростков, начавших употреблять спиртные напитки с 10-11 лет, клинических признаков алкоголизма не выявлялось, однако отмечался заметный рост толерантности. Опыт применения каннабиоидов имелся в 12,5% случаев. Прием токсических средств (клея, ацетона, бензина и др. летучих растворителей) в этой группе очень распространен – 71,4% несовершеннолетних имели опыт использования токсических веществ, половина из них практиковала их ежедневное применение. Во всех случаях наблюдалось курение. Большинство из обследованных детей курило с младшего школьного возраста, в среднем – до 1 пачки сигарет в день.

У большинства детей из данной группы отмечалась соматическая патология. В 45% случаев по данным антропометрического обследования выявлено отставание в физическом развитии; в 40% случаев отмечалось отставание в соматосексуальном развитии, В 30% случаев выявлена хроническая патология со стороны дыхательной системы, в 10% - со стороны желудочно-кишечного тракта, что сравнимо с показателями в контрольной группе. Неспецифическая неврологическая патология отмечалась у 70% обследованных детей.

Первые признаки патологического развития и эмоционально-поведенческие расстройства у несовершеннолетних данной группы фиксировались в 7-8 лет. Большое число (53,6%) подростков отличались

гипердинамичным поведением, 16,1% обнаруживали выраженные колебания настроения. У такого же числа подростков в анамнезе зафиксированы единичные пароксизмальные состояния, как правило, нерегулярные. По данным медицинской документации отмечались фебрильные судороги (до 1-3 лет).

В 41,1% случаев они наблюдались на фоне органического эмоционально-лабильного астенического расстройства. При этом в поведении доминировали признаки раздражительной слабости, а в отдельных случаях - эксплозивные реакции. Органическая церебральная патология проявлялась в метеопатиях, астении, гипермоторных реакциях, энурезе (57,2%, в среднем до 9,5 лет). По мере взросления все более выраженными становились поведенческие нарушения - аффективные дисфорические реакции с эпизодами немотивированного агрессивного поведения. Эмоционально-волевые расстройства отмечались практически у всех подростков исследуемой группы (94,6%).

Формирование устойчивых форм асоциального поведения проходило в три этапа. На первом этапе главным фактором асоциального поведения был микросоциальный (семейный фактор). В связи с неблагополучной обстановкой дома подростки проводили большую часть времени на улице, не посещали занятия в школе, были вынуждены ночевать в подвалах и на чердаках, спасаясь от побоев и унижения, которые ждали их дома. Спустя некоторое время они становились членами молодежных криминальных группировок, где выполняли задания старших подростков,

воровали. Здесь же они получали опыт использования токсических веществ.

На втором этапе ведущим был фактор устойчивой школьной дезадаптации: дети отставали в учебе, быстро утрачивали мотивацию к школьным занятиям, начинали без причин не посещать школу.

На третьем этапе ведущим становился фактор микросоциального окружения. Дети втягивались в жизнь асоциальных группировок, где находили покровительство, усваивали законы криминальной среды, постепенно поднимались по иерархической лестнице. Контакты с домом сокращались до минимума. Они могли отсутствовать дома неделями, уезжали в крупные города, где жили на вокзалах, промышляя воровством и грабежами, попрошайничали. В этот период они начинали активно употреблять алкоголь и токсические вещества. В результате асоциального образа жизни и «патологической» органической почвы фиксировались стойкие поведенческие стереотипы и эмоционально-поведенческие расстройства. В этот период совершались преступления агрессивного характера (телесные повреждения, разбои, изнасилования, убийства, уничтожение имущества). На третьем этапе происходило формирование личности по диссоциальному типу.

В социально-профилактических целях при комплексном социально-медицинском обследовании выделены следующие группы психического здоровья.

Группа психического здоровья с препатологическими, латентными расстройствами (25,4%). На период обследования клинически выраженные психические

расстройства отсутствуют. По анамнестическим и медицинским данным в прошлом имеются указания на бытовые травмы, инфекции, интоксикации, рецидивирующие соматические заболевания с отклонениями психосоциального развития, эпизодами невротических, аффективно-поведенческих, гипердинамических, церебрастенических расстройств. На момент обследования констатируются признаки акцентуации характера, психологического пубертатного криза, резидуальной церебрально-органической недостаточности без нарушений психических функций, признаки задержанного психосоциального развития с личностной незрелостью, легкими эмоционально-волевыми отклонениями, ограниченностью познавательных интересов с низким общеобразовательным уровнем. Отмеченные признаки в анамнезе и статусе недостаточны для клинического диагноза. Средовая дезадаптация с делинквентным поведением преимущественно связана с формирующейся социально-психологической деформацией личности и педагогической запущенностью.

В качестве примера приводится следующее наблюдение.

Клинический пример №3: Калачев Илья, 1992 г.р. Обследование проводилось в сентябре 2003 г. в ЦВИНП ГУВД г.Москвы .

Анамнестические данные.

Со слов несовершеннолетнего, по данным представленной документации, родился в социально неблагополучной семье. Отец злоупотреблял алкоголем, в семье не проживает. Старший брат социально адаптирован,

проживает отдельно, в детстве уделял ему много времени, привлекал к спортивным занятиям, помогал в учебе, отношения с братом хорошие по сей день. Мать, со слов несовершеннолетнего, добрая, отзывчивая, однако мало уделяет ему времени, поскольку работает в другом городе. Видится с матерью не чаще раза в неделю, когда она приезжает его проведать и привозит бабушке деньги на содержание сына. Воспитывается престарелой бабушкой и отчимом. Бабушку характеризует доброй, мягкой, склонна его баловать. Отчим злой, в состоянии алкогольного опьянения избивает несовершеннолетнего, отношения с ним конфликтные.

Сведений о раннем периоде развития нет. В школе обучаться начал своевременно, переведен в 5 класс, успевает плохо, оставался в 4 классе на второй год. Часто пропускает школу без уважительной причины, убегает из дома, проводит время праздно. Нередко приезжает в Москву, где занимается попрошайничеством, работает на приеме стеклотары, иногда совершает мелкие кражи. Курит 1-2 сигареты в день, алкоголь не употребляет.

В ЦВИНП помещен в связи с правонарушением: вместе со старшим подростком разбил (вероятно, с целью ограбления) стекла в двух киосках на ул. Тверская, был задержан милицией.

Соматическое состояние: состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски, со стороны опорно-двигательного аппарата без патологии, мышечная система развита хорошо,

со стороны органов и систем без патологии. Данных за хронические соматические расстройства нет.

Неврологическое состояние: конвергенция не нарушена, глазные щели равные ($P < L$), легкие нистагмOIDные подергивания при крайних отведениях глазных яблок. Сухожильные рефлексЫ оживлены, с некоторым расширением рефлексогенных зон, равномерны. В позе Ромберга устойчив.

Психический статус: в контакт вступает охотно, разговорчив, настроение приподнятое. Сведения о себе сообщает охотно, последовательно, достаточно подробно и откровенно. Речь правильная, обнаруживает достаточный словарный запас, оперирует конкретными и отвлеченными понятиями. Запас школьных знаний мал. Читает по слогам, считает без ошибок в пределах 100, с трудом – в пределах 1000. Пишет практически печатными буквами, некоторые буквы, например «а» и «о» почти неотличимы. Почерк крупный. Левша. Инструкции усваивает и удерживает, поддается коррекции, в целом выполняет задания в быстром темпе, справляется с заданиями достаточно высокой сложности, обнаруживает высокий уровень притязаний. Мышление с некоторыми признаками конкретности, последовательное, характеризуется достаточным уровнем обобщения, способен оперировать отвлеченными понятиями, уровень абстрагирования достаточный, с достаточным развитием аналитического и синтетического компонентов, нарушений мышления не выявляется. Внимание не нарушено, повышенной истощаемости не выявляется. Мнестические процессы сохранены. Интеллект в норме,

однако запас школьных знаний снижен. Эмоциональные реакции адекватны, на момент осмотра фон настроения несколько приподнят. Личностные особенности – личность характеризуется совокупностью истерических и эксплозивных черт, склонен к лидерству, любит быть в центре внимания, может быть вспыльчивым, обнаруживает склонность к защитным реакциям и реакциям утраты.

Сообщает, что в ЦВИНП ему понравилось, здесь ему интересно учиться и много хороших книг, некоторые он прочитал. Сетует, что читает медленно, по слогам, уверяет, что читать ему нравится. Охотно делится содержанием прочитанного. Сообщает, что легко запоминает содержание книг, ему просто выучить стихи. Поет песню «Офицеры», разученную к концерту воспитанников, комментирует текст.

Сообщает, что ему было нетрудно найти контакт с воспитателями, но нелегко с другими воспитанниками, которые несколько раз пытались его избить. Предполагает, что его невзлюбили из-за того, что он, в свою очередь, отказался принять участие в избиении другого воспитанника. Утверждает, что не любит драться, дерется редко, хотя трусом себя не считает.

Охотно рассказывает о своих увлечениях: любит читать, петь, посещал кружок танцев, занимается спортом. С любовью отзывается о старшем брате, который учил его гимнастическим упражнениям и приемам бокса, говорит, что хотел бы заниматься в хоккейном клубе, и ждет наступления зимы, когда в их городе откроется хоккейная секция.

Считает себя здоровым, строит планы на будущее. Хотел бы приобрести какую-нибудь профессию, признается, однако,

что всерьез над выбором профессии не думал, нравится то одна, то другая. Мечтает заниматься спортом, хотел бы научиться играть на гитаре и петь. Формально осознает необходимость учиться в школе, однако подчеркивает, что будет учиться, «если не будет скучно». Тоскует по дому, с горечью отмечает, что мама работает, а бабушка больна, поэтому они не смогли навещать его, пока он находился в ЦВИНП.

Покидает кабинет с неохотой, поясняет, что ему понравилось работать с компьютером.

Клиническая картина данного наблюдения определяется наличием признаков, которые мы определяем как «препатологические». В условиях сложной формы семейной депривации (материнская депривация в связи с фактически раздельным проживанием от ребенка; отцовская депривация, обусловленная его алкоголизмом; жестокое обращение со стороны отчима) в раннем подростковом возрасте фиксируются:

во первых, черты гипертимно-неустойчивой акцентуации при отсутствии органического расстройства личности;

во вторых признаки стойкой и выраженной педагогической запущенности при отсутствии симптомов органических когнитивных расстройств.

Отмеченные личностные свойства сочетаются с беспризорностью и формирующимися асоциальными формами поведения.

В связи с указанными медико-социальными особенностями социально-профилактические мероприятия по данной группе включали консультативную помощь для

исключения патологических форм асоциального поведения перед направлением в специальное образовательное учреждение закрытого типа.

Вторая группа психического здоровья (31,8%). Средовая дезадаптация с асоциальным поведением сочетается с психическими расстройствами пограничного уровня - резидуальная экзогенно-органическая патология, психический и дисгармонический инфантилизм, повторяющиеся патохарактерологические реакции и патохарактерологическое формирование личности. Семейная, школьная дезадаптация сочетается с парциальной адаптированностью в микросоциальной среде асоциально ориентированных сверстников.

Социально-клинические особенности по данной группе иллюстрирует следующее наблюдение.

Клинический пример №4: Грибов Алексей, 1988 г.р. Осмотрен 10 апреля 2002г. в спецшколе для несовершеннолетних с деликвентным поведением п.г.т. Анны Воронежской области.

Анамнестические данные. Со слов несовершеннолетнего (документация не представлена), родился в социально неблагополучной семье. Отца не знает, вместе с матерью проживал в Москве с возраста 6 лет, якобы, мать пропала без вести около 6 месяцев назад, с тех пор живет один, работает распространителем косметики по системе сетевого маркетинга. Мать, якобы, работала поваром, злоупотребляла алкоголем. Якобы никогда нигде не учился, обучался на дому матерью.

Сведений о раннем периоде развития нет. Со слов несовершеннолетнего болел только ОРВИ. Алкоголь употребляет в небольших количествах, курит.

правонарушение: угнал автомобиль "Нива", был задержан сотрудниками ГИБДД.

Соматическое состояние: состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски, со стороны опорно-двигательного аппарата без патологии, мышечная система развита хорошо, со стороны органов и систем без патологии. Данных за хронические соматические расстройства нет.

Неврологическое состояние: конвергенция не нарушена, глазные щели(П=Л), легкие нистагмOIDные подергивания при крайних отведениях глазных яблок, несколько сглажена правая носогубная складка, дрожание кончика языка. Сухожильные рефлексЫ оживлены, с некоторым расширением рефлексогенных зон, равномерны. В позе Ромберга устойчив.

Психический статус: в контакт вступает неохотно, неразговорчив, настроение снижено. Речь правильная, обнаруживает достаточный словарный запас, оперирует конкретными и отвлеченными понятиями. Запас школьных знаний достаточный. Инструкции усваивает и удерживает, поддается коррекции, в целом выполняет задания в быстром темпе, справляется с заданиями высокой сложности, обнаруживает высокий уровень притязаний. Мнестические процессы сохранены. Интеллект в норме, запас школьных знаний достаточен. Мышление с некоторыми признаками

конкретности, последовательное, характеризуется достаточным уровнем обобщения, способен оперировать отвлеченными понятиями, уровень абстрагирования достаточный. Внимание не нарушено, повышенной истощаемости не выявляется. Личностные особенности – личность характеризуется совокупностью истерических и эксплозивных черт, склонен к лидерству, любит быть в центре внимания, может быть вспыльчивым, обнаруживает склонность к защитным реакциям и реакциям утраты. Эмоциональные реакции адекватны, на момент осмотра фон настроения несколько снижен, возможно – ситуативно.

В ходе беседы пытается представить себя значительным, важным человеком, постоянно намекает на свои связи с высокопоставленными людьми, указывает, что прекрасно манипулировал ими, добывая себе средства к существованию. Играет роль "знатока жизни", "хозяина положения", уверяет, что за такими как он – будущее. Пытается навязать свой характер беседы, первое время держится свысока, потом становится более естественным.

В процессе беседы обнаруживает некоторую поверхностность, наивность суждений, детскость взглядов. Увлечшись описанием деталей, не замечает, как его рассказ приобретает заведомо неправдоподобные, гротескные формы.

О совершенном правонарушении говорит неохотно, приписывает его "временной блажи", озорству, формально высказывает сожаление о случившемся, подчеркивает, что не имел корыстных мотивов при угоне автомобиля. Склонен считать свой поступок шалостью, заслуживающей снисхождения.

Считает себя психически здоровым. Строит планы на будущее. Хотел бы приобрести "серьезную" профессию, заниматься собственным делом. Считает, что обладает талантом руководителя и "коммерческим чутьем". Часто в речи использует штампы, характерные для рекламных изданий. Не замечает иронии в свой адрес.

В конце беседы теряет самообладание, заискивает, обнаруживает «кокетство». Пускается в рассуждения о правах ребенка, о плохом педагогическом климате в колонии, о необходимости реформ в стране.

Обсуждение. Условия социализации так же, как в целом по группе, характеризуются стойкой семейной депривацией (материнская депривация отягощена алкоголизмом матери с эмоциональным отвержением ребенка; семья практически распавшаяся; стойкие явления безнадзорности с самовольным бесцельным времяпрепровождением). Семейная дезадаптация отягощена школьной дезадаптацией и быстро закрепляющимися формами асоциального поведения. В структуре личности ведущими являются мозаичные аномально-личностные свойства с чертами эгоцентричности и личностной незрелости, демонстративности и нарочитости в поведении и высказываниях. Завышенная самооценка, отражающая личностную незрелость, с оправданием асоциальных форм поведения. Данные аномально-личностные свойства с чертами истерического и возбудимого типов закрепляются как патологическое формирование характера в условиях стойкой семейной депривации, а не как органическое расстройство личности – отсутствуют неврологические знаки

органического поражения головного мозга, нет характерных для этого вида патологии выраженных интеллектуальных нарушений на фоне психоорганического синдрома; отсутствуют признаки выраженной вегетативной дисфункции по органическому типу. Все это позволяет рассматривать данное клиническое наблюдение как пример группы «психического здоровья с субклинически выраженными психическими расстройствами в виде формирующихся патохарактерологических расстройств».

При устойчивой компенсации латентных, субклинических нервно-психических нарушений и парциальной средовой адаптации сохранялась возможность применения мер принудительного воспитания в специальных (коррекционных) школах для детей с девиантным поведением. Меры медицинской профилактики включают консультативно-диагностическую помощь с участием психолога перед направлением в специальные учреждения такого типа.

Третья группа психического здоровья (17,3%).

Асоциальное поведение определяется клинически выраженными патологическими состояниями (отдаленные последствия раннего органического поражения головного мозга, формирующаяся психопатия). Средовая дезадаптация охватывает сферу и семейных, и школьных, и межличностных отношений. Меры медицинской профилактики должны включать диагностическое обследование в детском, подростковом психиатрическом стационаре перед направлением в специальную (коррекционную) школу для детей и подростков с

девиантным поведением, а также комплексные медико-психолого-педагогические рекомендации психопрофилактического и психокоррекционного характера для психологов специальных коррекционных школ для детей с девиантным поведением.

Диагностика нервно-психического состояния обследованных детей и подростков с безнадзорностью и асоциальным поведением выявила достаточно высокий удельный вес сопутствующих психических расстройств. На первом месте по частоте были проявления резидуальной церебрально-органической недостаточности с компенсированными церебрастеническими расстройствами и органическими легкими когнитивными расстройствами (35,2%); на втором - признаки аномально-личностных свойств с чертами возбудимости, волевой неустойчивости и гипертимности при формирующихся психопатиях, а также повторяющиеся патохарактерологические реакции (24,0%); на третьем - различные проявления задержки психического развития с преимущественно выраженной когнитивной недостаточностью, парциальной эмоционально-личностной незрелостью и психофизическим инфантилизмом

Частота встречаемости невротических расстройств (ночные страхи, астенические расстройства с энурезом, нейроциркуляторная дистония с гиперэстезией, раздражительной слабостью) урежается и в данной возрастной группе детей с безнадзорностью и асоциальным поведением составила 11,1%.

Анализ данных позволяет отметить следующие особенности наблюдавшихся психических расстройств.

1. полиморфизм психических отклонений, который включает проявления ретардированного или дисгармонического психического дизонтогенеза в сочетании с психогенными расстройствами непсихотического характера и аддиктивным (алкоголь, токсико-наркотические средства) поведение;
2. высокий уровень микросоциальной, педагогической запущенности.

При клинико-психологическом исследовании выявлены следующие личностно-психологические особенности:

- высокий уровень функциональной неграмотности с когнитивным дефицитом, неразвитостью познавательных способностей;

- преобладание "ситуативно-криминогенного", неустойчивого типа социально-психологической личностной деформации с антиобщественной направленностью поведения;

- повышенный уровень агрессивных форм поведения со следующими особенностями:

- а) склонность к импульсивным реакциям на фрустрирующие ситуации;

- б) низкий уровень стимулов, вызывающих агрессивные формы реагирования;

- в) малодифференцированная направленность реакций агрессивного типа.

Одновременно отмечаются черты гиперактивности, снижения самоконтроля, повышенной тревожности и

неустойчивой самооценки. В целом агрессивные формы поведения преимущественно имели гетероагрессивную направленность. Выраженность микросоциальной и педагогической запущенности с признаками формирующейся социально-психологической деформации наблюдалась в 54.5% случаев.

Психогенные расстройства проявлялись в следующих типах нарушений: ситуационные аффективно-личностные реакции, эпизодические моносимптомные невротические реакции повторяющиеся патохарактерологические реакции и формирующиеся патологические формирования характера (возбудимый, неустойчивый варианты).

По группе патохарактерологических реакций и формирующихся патохарактерологических развитии с агрессивными формами поведения в анамнезе преобладали случаи противоречивого воспитания с хроническими конфликтными отношениями между родителями и подростком, а также фиксация педагогической запущенности со стойкой школьной дезадаптацией и длительным пребыванием подростка в асоциальных группах сверстников.

Ведущими патохарактерологическими радикалами были признаки повышенной аффективной возбудимости с колебаниями настроения дисфорического характера, а также эгоцентричность с неустойчивой самооценкой, недостаточностью самоконтроля, облегченным возникновением ситуационных аффективных реакций по малозначительным поводам. Усиление выраженности патохарактерологических реакций с агрессивностью

отмечалось в первый период пребывания в специальной коррекционной школе и сопровождалось повышенной конфликтностью, стремлением к притеснению других воспитанников, а также различными формами противодействия воспитательным мерам.

Другая динамика отмечалась при ситуационных невротических реакциях. Она была связана преимущественно с систематическими конфликтами с другими воспитанниками. Это группа детей и младших подростков характеризовались малой общительностью, стремлением к уединенному поведению. При конфликтных ситуациях, сопровождающихся притеснениями, у детей этой подгруппы развивались кратковременные депрессивно-дистимические реакции на невротическом уровне. Часто они сопровождались жалобами на учащенное ночное мочеиспускание, отсутствие аппетита, боли со стороны желудочно-кишечного тракта, общее соматическое недомогание. Целевая направленность жалоб была связана с намерением выйти из конфликтной ситуации через помещение в стационар.

Следовательно, в развитии психогенных расстройств, связанных с различными формами жестокого обращения, в группе детей и подростков с асоциальным поведением определенную роль начинают играть нарушения межличностных взаимоотношений со сверстниками по сравнению с патогенным влиянием семьи в младшей школьной группе.

Глава 5. Обобщенная характеристика семейной депривации

и связанных с ней пограничных психических расстройств у детей.

5.1 Клинико-социальная характеристика семейной депривации.

Социализация ребенка в ведущих сферах его социальных отношений может протекать в оптимальных адаптивных условиях или в условиях, сопровождающихся средовой психической дезадаптацией.

Средовая психическая дезадаптация является понятием, которое необходимо для психолого-педагогического и социально-медицинского анализа, потому что позволяет исследовать реальную связь между конкретными формами психических и поведенческих расстройств, включая патологическое агрессивное и асоциальное поведение, раннюю алкоголизацию и наркотизацию, и социальными факторами, значимыми для развития ребенка. При этом средовая психическая дезадаптация даже, если она проявляется в соматических или психических нарушениях, не является синонимом болезненного расстройства.

В настоящей работе «средовая психическая дезадаптация» анализируется как реакция приспособления, в ряде случаев патологического, к неадекватным для уровня развития, личностной активности и личностного роста ребенка социальным условиям его жизнедеятельности.

Следовательно, в основе средовой психической дезадаптации лежит конфликт между условиями жизнедеятельности и особенностями развития ребенка. В зависимости от ведущей сферы, в которой проявляется конфликт можно выделить семейную, школьную, социальную

дезадаптации. В настоящем исследовании преимущественно анализируются формы семейной дезадаптации. Семейная дезадаптация - это состояние ребенка, связанное с таким нарушением семейных отношений, при которых он не может найти "свое место в семье" и в оптимальной степени реализовать потенциальные возможности возрастного развития, свои способности к самореализации и личностному росту. При этом отдельный тип дезадаптации, в частности, семейная дезадаптация, может переходить в следующую форму и сочетаться с ней, например, семейная дезадаптация практически постоянно сочетается со школьной дезадаптацией, а в последующем отягощается и социальной дезадаптацией. Этот процесс генерализации дезадаптированности и нарушений позитивных форм социального функционирования ребенка с одной стороны может быть выражением развития психических расстройств у ребенка и различных форм отклоняющегося развития в сочетании с расстройствами поведения, а с другой стороны отражает тяжесть условий микросоциального окружения ребенка и в первую очередь дисфункциональность его семейных отношений.

При таком подходе семейная депривация является одной из тяжелых форм семейной дезадаптации.

Семейные отношения в силу многосторонности и глубины воздействия на развитие личности, чувствительности каждого члена семьи к внутрисемейным влияниям занимают особое место в формировании и закреплении средовой психической дезадаптации. Наиболее значимы они для несовершеннолетних, так как основной

функцией семьи по отношению к детям является оптимальная ранняя социализация.

В этом контексте оценка семейных отношений только как неполных, конфликтных, асоциальных явно недостаточна. В настоящей работе нами выделены следующие компоненты, формирующие семейную депривацию.

1. Аномальные отношения в семье.

1.1. Недостаточность эмоционального тепла в отношениях между родителями и детьми (92%)

1.2. Конфликтные отношения между взрослыми в семье (88%)

1.3. Враждебное отношение к ребенку, включая физическое насилие в отношении ребенка (70%)

1.4. Психическое расстройство, отклонение или физический недостаток у родителей и значимых для ребенка других членов семьи (18%)

2. Аномальные качества воспитания

2.1. Родительская гиперопека (17%)

2.2. Неадекватный родительский надзор/контроль (52%)

2.3. Неадекватное родительское воздействие (23%)

3. Неблагоприятные события жизни

3.1. Утрата в детстве отношений любви и привязанности (40%)

3.2. Изъятие из семьи, создающее значительную угрозу (56%)

3.3. Негативные изменения стереотипа отношений в семье (12%)

3.4. Переживание сильного страха (8%)

Следовательно, семейная депривация является социально-психологическим феноменом, который по своей структуре включает аномальные отношения в семье, аномальные типы воспитания, неблагоприятные события в

жизни ребенка, сопровождающиеся, как правило, острым или протрагированным и хроническим семейным стрессом.

Отмеченные проявления семейной депривации сопровождаются определенными клинико-социальными особенностями родителей, эмоционально-значимых для ребенка. При этом, учитывая ведущую роль материнской депривации, наиболее значимыми оказываются клинико-социальные характеристики матерей. В большинстве случаев они были представлены следующими признаками:

- во первых, признаками резидуальной церебрально-органической недостаточности, которые проявлялись преимущественно на уровне органического расстройства личности (эмоционально-неустойчивый или конформно-зависимый варианты с интеллектуальными (когнитивными) нарушениями (30%).

- во вторых, аномально-патологическими личностными расстройствами,

среди которых ведущими были радикалы эмоциональной неустойчивости (импульсивный тип) и зависимости с чертами пассивности, отгороженности, амбивалентности в отношениях с ребенком (30%).

- в третьих, расстройствами личности и поведения вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголь, наркотики) (30%).

- в четвертых, шизотипическим расстройством личности, включая признаки неадекватного аффекта с эмоциональной холодностью, эгоцентричностью в отношениях. Для таких женщин-матерей характерным в отношении к детям было стремление ограничить их социальные контакты, часто в

ущерб школьным занятиям или состоянию здоровья. Как правило, женщины с такими личностными расстройствами не состояли на психиатрическом учете, что затрудняло решение вопроса о влиянии таких психических отклонений на способность женщины-матери осуществлять свои родительские права и обязанности, обеспечивать должный уход и воспитание в соответствии с потребностями развития ребенка (10%).

В большинстве случаев наблюдался сочетанный характер расстройств, например, органические или психопатические расстройства личности в сочетании с зависимостью от психоактивных веществ.

Пограничные психические расстройства, развивающиеся у детей при воздействии семейного стресса и более широких форм семейного воздействия, обусловленных семейной депривацией, включали в себя следующие виды нарушений:

- расстройство возрастного психологического развития (гипердинамическое поведение, реактивные расстройства привязанности, эмоционально-поведенческие расстройства в виде реакций пассивного и активного протеста);
- психогенные, связанные с семейным стрессом невротические реакции и моносимптомные невротические состояния;
- сложные по структуре личностные изменения, включающие патохарактерологические реакции, мозаичные аномально-личностные свойства, личностные отклонения, обусловленные семейной педагогической и социальной запущенностью.

Указанные психические расстройства носят характер нарушений пограничного уровня и обнаруживают определенную возрастную предпочтительность.

Для детей дошкольного и младшего школьного возраста были характерны следующие расстройства.

1. Реактивные расстройства привязанности (25%).

В основе данного симптомокомплекса, наблюдающегося у детей с депривацией в раннем детстве, лежит нарушение формирования устойчивых эмоционально-психологических связей ребенка с лицами, осуществляющими за ним уход. Основные социально-психологические и клинические признаки:

- устойчивое нежелание ребенка вступать в контакт с окружающими взрослыми;

- апатичный или сниженный фон настроения с боязливостью или настороженностью;

- у детей в возрасте 3-5 лет плохое социальное взаимодействие со сверстниками,

- высокая частота случаев аутоагрессии с самоповреждениями;

- "гиперактивная общительность", которая проявляется в отсутствии чувства дистанции со взрослыми, в желании всеми способами привлечь к себе внимание, так называемое "прилипчивое" поведение;

- соматические расстройства в виде снижения массы тела и слабости мышечного тонуса.

Клинические признаки при этом комплексе расстройств носят обратимый характер, отличаются отсутствием значительного интеллектуального снижения.

2. Расстройства моторной и поведенческой активности в форме гиперактивного поведения (35%).

Гиперактивное поведение детей определяется отсутствием формирования механизмов самоконтроля, неспособностью к задержке реакций с проявлениями импульсивности в эмоционально-личностном реагировании и связано с психоэмоциональным напряжением, которое испытывают дети. В гиперактивном поведении отсутствуют признаки стойкой астенизации, а также когнитивных нарушений с общей замедленностью психических процессов.

Указанный вариант преимущественно поведенческой гиперактивности имел высокий коэффициент коррелятивной связи с семейной депривацией и являлся предиктором асоциальных форм поведения в более старшем возрастном периоде.

3. Связанные с семейным стрессом невротические расстройства (30%).

Это невротические реакции и состояния: тревожные, фобические расстройства, которые при протрагированном и хроническом типе семейного стресса сохранялись длительно и приводили к нарушениям поведения «избегающего» и тормозимого типа; аффективные расстройства в виде неглубоких депрессий, которые в силу высокой частоты сочетания с нарушениями поведения определяли формирование стойких смешанных эмоционально-поведенческих расстройств, астенические расстройства, соматоформные вегетативные дисфункции, полиморфные тикоидные расстройства.

У детей, имеющих указанные психические расстройства, параллельно наблюдаются достаточно выраженные психосоциальные нарушения. Они являлись предвестниками стойких отклонений в личностном развитии и поведении и сопровождались следующими признаками:

-снижение интереса к общению и различным формам игровой деятельности в структуре тормозимого или протестного поведения в сочетании с высокой частотой

негативизма по отношению к сверстникам, повышенной конфликтностью, что резко ограничивало возможности позитивной социализации детей в организованных группах и оставляло их без необходимых форм психологической поддержки;

-доминирование чувств собственной отчужденности и неопределенности своего положения в семье с утратой значимых для него ценностей, например, игрушек, любимого животного. Ребенок с проблемами здоровья и поведения в условиях семейной депривации становится уязвимым для повторных психотравмирующих воздействий, обусловленных конфликтами в школе с неприятием его в школьной среде, ссорами со сверстниками;

-трудности самовыражения психотравмирующих переживаний: тревоги, утраты, боязни перед неопределенным будущим, раздражения по отношению к сверстникам.

Одновременно отмечается «поляризация» отклонений поведения: с одной стороны поведенческие реакции с повышенной раздражительностью, конфликтностью, а с другой стороны с пассивностью, замкнутостью и негативизмом. Поведенческие расстройства становились более выраженными и выступали на передний план, как правило, после снижения остроты психоэмоциональных переживаний.

4. Личностно-характерологические реакции (30%).

Достаточно значимыми по частоте встречаемости являются расстройства поведения по тормозимому типу (20%). Они впервые фиксируются в дошкольном возрасте. В

этих случаях дети после повторяющихся аффективно-личностных реакций обнаруживали тревогу и нервозность; они склонны были отвечать на громкий крик, угрозы замыканием в себе и тихим плачем, отличались низкой самооценкой, негативным отношением к себе и своей жизненной ситуации.

Другой тип личностно-характерологических реакций вытекал из реакций активного протеста. В этих наблюдениях для детей младшего школьного и подросткового возраста ведущими были черты оппозиционно-вызывающего поведения. Как правило, в этих случаях у ребенка наблюдалось в последующем асоциальное поведение. Дети характеризовались тем, что часто проявляли вспышки гнева и раздражительности, активно отказывались выполнять требования взрослых, вели себя преднамеренно, досаждали окружающим, при замечаниях обвиняли других в собственных ошибках или неправильном поведении; проявляли обидчивость и мстительность часто с признаками физической жестокости.

Следует учитывать, что изменения поведения по тормозимому типу в отличие от форм гиперактивного и оппозиционно-вызывающего поведения чаще сочетались с депрессивными переживаниями и требовали более дифференцированной коррекционной и реабилитационной помощи, несмотря на отсутствие выраженных асоциальных отклонений.

5. Признаки задержанного психического развития (30%).

В этих случаях преимущественно у детей дошкольного и младшего школьного возраста стойкие эмоциональные проявления дистресса сочетались с признаками парциальной задержки психического развития. Задержанное психическое развития определялось тем, что

специфические потребности ребенка в игре, в общении, в учебе в условиях дистресса удовлетворяться не могут. По своей сути это задержанное развитие являлось вторичным. Оно определяется сужением диапазона позитивного эмоционального реагирования и проявляется в ограниченности общения, в бедности личностной активности, в задержке формирования учебных умений и навыков.

Парциальное задержанное психическое развитие в сочетании с признаками гиперактивного поведения определяло у детей дошкольного и младшего школьного возраста существенные нарушения предпосылок к учебной деятельности. У многих из них было расстроено умение слушать и выполнять инструкции взрослого, работать по образцу, ориентироваться на заданную систему требований. В условиях дистресса страдала и волевая способность осознанно подчинять свои действия определенным правилам.

В препубертковом и пубертковом периодах наблюдалась постепенная трансформация смешанных депривационных и психогенных расстройств в патологическое формирование личности.

Особенностями такой динамики являются:

- связь семейной депривации с задержанным возрастным психическим развитием;
- сочетание парциальной интеллектуальной недостаточности с регрессивными формами реагирования;
- фиксация таких личностных свойств как эмоциональная и волевая неустойчивость с пассивной подчиняемостью. Ведущими личностными свойствами при этом становилась ограниченная способность реагировать на социальные стимулы в условиях детского дошкольного учреждения, школьного обучения; ограничение способности

к развитию эмоционально насыщенных контактов. В целом это приводило к стойкой разобщенности со своим окружением и к недостаточности формирования необходимых социально-практических норм и правил поведения.

Другой вариант аномального развития личности формировался как фиксирование патохарактерологических реакций с чертами эмоциональной неустойчивости, возбудимости и психического инфантилизма. Личностные свойства подростков отличались отсутствием позитивных социальных устремлений и несформированностью этических, моральных установок. Одновременно отмечалось отсутствие эмоциональной отзывчивости, глубоких привязанностей, сочувствия. Для таких детей и подростков была характерна бездумность оценок и отношений, а также связанное с ней рентное отношение к принятию всего "как должного", отсутствие планов на отдаленное будущее.

В большинстве случаев с асоциальными формами поведения отмечалась ярких эмоциональных проявлений, доминирование в реагировании патохарактерологических реакций с признаками возбудимости, агрессивной демонстративности.

Таким образом, во всех случаях депривационные и психогенные расстройства имели смешанный, взаимно переплетающийся характер.

5.2. Организационные формы медико-социальной помощи детям с проблемами развития и поведения при семейной депривации.

Анализ социализации детей в основных сферах их отношений – в семье, в школе – показывает, что в условиях острого, протрагированного и хронического семейного

стресса развиваются сложные по структуре нарушения, которые включают функционально-обратимые психические расстройства, отклонения возрастного психического развития с признаками ретардации, реже дисгармоничности и стойкие расстройства поведения. В целом эти нарушения можно рассматривать как пограничные психические расстройства связанные с социально-стрессовыми особенностями социализации ребенка в условиях семейной депривации. Это определяет новые пути организации консультативно-диагностической и лечебно-реабилитационной работы с детьми, имеющими проблемы в развитии и поведении в связи с семейной депривацией.

Они включают следующие особенности организации комплексной медико-социальной помощи:

1. Психолого-педагогическая и социально-медицинская помощь адресуется не просто к детям с различными, в рамках нозологически-синдромологических оценок психическими расстройствами, а к группам детей "социального риска дезадаптации и нарушений психического здоровья». Семьи с условиями стойкой семейной депривации следует относить к семьям «социального риска».

2. Психолого-педагогическая и социально-медицинская (консультативная, коррекционная, лечебно-оздоровительная, реабилитационная) помощь должна быть адресной, личностно-ориентированной и в максимальной степени приближенной к условиям проживания ребенка (семья, интернат) или к учреждению, в котором ему оказывается тот или иной вид социальной помощи.

3. Сутью психолого-педагогической и социально-медицинской помощи семьям «социального риска» является междисциплинарная форма взаимодействия специалистов различных социальных практик. При организации такого взаимодействия наиболее оптимальным является использование приемов многопрофильного бригадного метода и взаимодействие следующих специалистов - психиатр, клинический психолог, школьный психолог, социальных педагог и социальный работник.

4. Междисциплинарное взаимодействие специалистов различных социальных практик для задач консультативно-диагностической, коррекционной и реабилитационной помощи достаточно полно реализуется, если используются принципы многоосевой диагностики нарушений психического развития и здоровья.

Многоосевая оценка психических расстройств у детей с проблемами развития и поведения включает: характеристику клинического психиатрического синдрома (1-я ось), нарушения психологического развития (2-я ось), сопутствующие физические болезни и расстройства (3-я ось), особенности психосоциальных условий развития (4-я ось) и степень тяжести имеющихся нарушений (5-я ось). Такой многоуровневый принцип клинико-социальной оценки в сочетании с личностно-ориентированным подходом обеспечивает необходимое междисциплинарное взаимодействие специалистов при функциональной диагностике ключевых проблем ребенка.

В настоящее время социально-психологическая и реабилитационная помощь детям с такими проблемами осуществляются через семейные психологические консультации, центры социальной психолого-педагогической помощи семье и детям в

структуре служб социальной защиты. С нашей точки зрения аспект медико-социальной помощи детям в "проблемных семьях" может быть реализован не только при консультациях медицинских специалистов в этих учреждениях. Значительно более полно он реализуется через психологические кабинеты при детских поликлиниках, когда клинический психолог работает совместно с детским психиатром, педиатром и социальным работником, ориентированными в проблемах развития ребенка.

Алгоритм семейного консультирования при семейной депривации.

С нашей точки зрения, так как любая семья может иметь трудного ребенка и так как взрослые сами неосознанно подводят своих детей к конфликтному и зависимому поведению в данную проблемную ситуацию должен обязательно вмешиваться специалист (социальный педагог, школьный психолог, специалист по социальной защите, детский психиатр). При этом должно действовать одно правило - работа по разрешению проблемных ситуаций должна вестись и с родителями, и с детьми одновременно.

Первый шаг, который решается при знакомстве с проблемой и с родителями - это ответ на вопрос: "Почему именно с моим ребенком такое случилось?". В рамках этого шага значимым является установление доверительных отношений между специалистом (социальным педагогом, школьным психологом, психотерапевтом, психиатром) и родителем, обращающимся за поддержкой. В большинстве случаев только матери обращаются со своими проблемными детьми, но когда в этот процесс вовлекаются отцы и другие эмоционально значимые для ребенка лица вероятность положительных изменений в его поведении повышается.

Вторым шагом является объяснение родителям со стороны специалиста определяющих основ межчеловеческих отношений. Такое объяснение необходимо потому, что внешние признаки поведения ребенка - гнев, раздражительность и агрессия, страх, а также, связанные с этими переживаниями, поступки детей, их ранняя алкоголизация или приобщение к наркотическим веществам, часто являются вторичными. Следовательно, за каждым негативным переживанием, разрушительным действием или случаями протестного поведения необходимо искать нереализованную потребность ребенка или конфликт.

Третьим шагом в работе с родителями является формирование у них правильного отношения к самооценке или чувству самоценности ребенка. Ведущим правилом является положение - ребенку всегда необходимо внимание к его успехам и их признание. Таким образом формируется устойчивая позитивная личностная установка и активность. В наших наблюдениях дети с низкой самооценкой ведут себя или неуверенно, или заносчиво, оппозиционно; у них часто возникают состояния психической зависимости и они конфликтуют с родными, сверстниками, учителями; становятся склонны к алкоголю или наркотикам, к аутоагрессивным (самоповреждающим) или противоправным действиям.

Четвертым шагом при семейном консультировании должны быть действия и установки специалиста, направленные на формирование у родителя уверенности в себе, в решении возникающих проблем. Прорабатывая этот шаг, всегда следует начинать с обсуждения опыта и практики

здоровой семьи, а не с отрицательных примеров конфликтной и асоциальной семьи.

Многие ошибки родительского отношения к детям лежат в чувстве неудовлетворенности родителей, в их неадекватном представлении о своей родительской роли, которое часто воспроизводит характер отношений их родителей к ним в раннем детстве или дополняет их представление о том, что они недополучили от родителей в своем детстве.

Необходимо дополнить желательную установку на "хорошего родителя" некоторыми альтернативными положениями, которые с одной стороны связаны с формированием устойчивого, активного поведения ребенка, а с другой стороны могут закреплять девиантное поведение, саморазрушающее (аддиктивное) поведение, ведущее к наркотизации и асоциальным действиям.

При реализации такого алгоритма семейного консультирования при проблемах, связанных с семейной депривацией, нами выделены, как было указано выше (глава 4), следующие группы психического здоровья детей, которые являются своеобразными «мишенями» психокоррекционной и реабилитационной работы с детьми из этих семей «социального риска».

-группа психического здоровья с препатологическими, латентными расстройствами (25,4%).

-вторая группа психического здоровья (31,8%).

-третья группа психического здоровья (17,3%).

Для каждой из этих групп с учетом возраста, уровня возрастного психического развития и выраженности психических расстройств разработаны индивидуализированные формы психокоррекционной работы.

Глава 6. Методические приемы тренинговой программы

при работе с детьми, находящимися в условиях семейной депривации.

6.1 Психокоррекционные формы работы с детьми младшего школьного возраста.

Основным компонентом компенсации последствий семейной депривации является формирование жизненных, социально-психологических навыков (ФЖН): обучение эффективному общению, уверенности в себе, умению управлять своими чувствами, выбору друзей, укреплению связей с семьей и другими значимыми взрослыми. На занятиях дети приобретают оптимум знаний, чтобы самостоятельно мыслить и строить свое поведение.

Вторым базовым элементом программы являлась профилактика и коррекция различных форм агрессивного поведения. Своевременное выявление агрессивного поведения необходимо в целях предупреждения неблагоприятного варианта развития личности ребенка и для организации необходимой психокоррекционной помощи.

На этапе семейного консультирования было установлено, что в данной группе младших школьников проявления агрессивности у младших школьников являлось следствием следующих причин, наиболее значимыми из которых были:

- 1) неудовлетворенность ребенка содержанием общения с близкими взрослыми и со сверстниками;
- 2) низкий социальный статус ребенка в группе;
- 3) неуспех в совместной со сверстниками деятельности, обусловленный как трудностями операционального

характера, так и изменением мотивационной стороны деятельности;

4) неудовлетворенность потребности в признании.

Одной из главных причин возникновения агрессивного поведения у младших школьников являлись дефекты семейного воспитания. Нашей основной целью при создания программы коррекции и профилактики агрессивности у младших школьников была оптимизация общения ребенка с близкими взрослыми и сверстниками в значимой для него деятельности.

Структура занятий прорабатывалась в виде следующих последовательных этапов.

- «Календарь настроения». На доске пишутся все имена детей. В отдельном лоточке лежат вырезанные из бумаги картинки (солнышко - отличное настроение, тучка - плохое настроение и тучка с солнышком - настроение не очень хорошее). Каждый ребенок выбирал картинку, наиболее подходящую по его настроению, и прикреплял ее напротив своего имени.
- «Разогрев детей», то есть упражнения и игры, направленные на активизацию психических процессов, эмоционального и физического состояния детей.
- Дискуссия по проблеме с индивидуальными высказываниями детей, где психотерапевт являлся организатором дискуссии и приводил детей к необходимости обобщения сказанного, то есть к решению проблемы.
- Рисование.

- Игры, направленные на развитие общения и эмоциональных контактов детей: проигрывание значимых для детей конфликтных ситуаций; игры на формирование адекватной самооценки, на общую сплоченность группы.
- Упражнения познавательного характера, направленные на расширение представлений ребенка о природе, мире, людях.
- Заключительная часть - расслабляющие упражнения.

Занятия проводились еженедельно. Продолжительность каждого занятия 40 минут. В конце всего цикла занятий организовывалась выставка детских работ, проводилась итоговая диагностика с целью выявления изменений, происшедших у детей в ходе работы с психотерапевтом.

На родительских собраниях родителей знакомили с целями и задачами работы с детьми, рассказывали о содержании занятий, о помощи, которую родители могут оказать детям дома, о необходимых для работы материалах.

Проведено 15 коррекционных циклов, в которые было включено 85 детей.

В результате проведенных занятий наблюдалась следующая положительная динамика психического и личностного статуса ребенка:

- формирование навыков эффективного и уверенного общения (50%).
- снижение уровня оппозиционных и протестных форм поведения (30%).

В результате занятий формировались необходимые коммуникативные навыки, давались целевые установки на

использование сформированных приемов самоконтроля. Ребенок получал положительное эмоциональное подкрепление своего меняющегося поведения. При этом было важно, чтобы он ощутил сопереживание значимых для него людей, так как при нарушениях поведения необходима позитивная оценка, стимулирующая поддержка, вера в возможности: "Ты можешь", "Ты способен", "У тебя все получится". Для ребенка с семейной депривацией очень значимы эмоционально теплое слово, одобрение пусть небольших достижений и заинтересованное внимание.

6.2 Психокоррекционные формы работы с подростками из депривированных семей.

Психокоррекционная работа с подростками из семей «социального риска» имела следующие особенности:

- Психокоррекционная работа проводилась в режиме тренинговых занятий, поэтому специалист должен был владеть тренинговыми приемами и иметь навыки работы с группой в психокоррекционном режиме;
- упражнения и игры, включенные в тренинг, носили дискуссионный подтекст, т.е. подростки в дискуссионном ключе в ходе групповой работы свободно выражали свои мнения.

Для оптимизации тренинговых занятий использовались следующие условия:

Первое условие - достижение эмоционального контакта с детьми. Путь к налаживанию контакта - ориентация на настоящее, поддержка веры в то, что, несмотря на прежние неудачи, ребенок может добиться успеха в разрешении стоящих перед ним сегодня конкретных задач. Темы

прошлого использовались только в поисках позитивных моментов, что позволяло укреплять веру подростка в собственные силы.

Второе условие - побуждение подростков к поиску самостоятельного решения своих проблем - семейных, учебных и социальных. Именно это давало ребенку ощущение своей значимости, осознание ценности своей индивидуальности, без которых не могут быть удовлетворены его базовые социально-психологические потребности - в любви и самоуважении.

При формировании тренинговой программы в наших наблюдениях наиболее эффективной оказалась работа со следующими «мишенями» для психокоррекционной работы:

- неконструктивные формы общения; в большинстве наблюдений Переживания по поводу общения со сверстниками в этом возрасте оказываются наиболее типичными и наиболее значимыми;

- неконструктивные формы взаимодействия с эмоционально значимыми взрослыми и взрослыми, находящимися по отношению к ребенку в определенных социальных ролях: педагог, социальный работник, работник отделения профилактики правонарушений и пр. Практически во всех случаях были характерны трудности взаимодействию со взрослыми, отсутствуют навыки адекватного межличностного взаимодействия, был низок уровень компетентности в общении; . Такой подросток постоянно находился в зоне эмоционального неблагополучия.

- присоединение к проблемам неконструктивного общения проблемы с формированием самосознания и

потребности самореализации. Такой подросток всегда находился в зоне эмоционального неблагополучия. В связи с тем, что социально дезадаптированные подростки не были склонны рефлексировать собственное поведение и анализировать конкретные ситуации основная трудность психокоррекционной проработки состояла в недооценке подростками проблем общения. Они признавали, что их отношения с окружающими складывались не так, как им хотелось бы, но это не становилось у них поводом для повышения мотивации к овладению новыми конструктивного взаимодействия с людьми, и в первую очередь с родителями. Кроме того, многих подростков отличала своеобразная «маска», сопровождаемая «шаблонами» вызывающего поведения.

Для осознания выделенных проблем проводились индивидуальные собеседования, консультаций и групповое обсуждение значимых проблем.

Группы создавались для обсуждения каких-либо конкретных жизненных проблем (например, отношения «родитель – подросток», ссоры между девочками-подростками, конфликтные отношения между девочками и мальчиками). Во время групповой дискуссии все получали право высказаться. При «затухании» эмоциональной остроты дискуссионного обсуждения включались приемы психодрамы, что давало возможность подросткам снова эмоционально пережить какой-либо жизненный эпизод и попытаться найти из ситуации более достойный выход. После таких форм дискуссионного обсуждения реальные проблемы осознавались подростками лучше, повышалось доверие и к

ведущему-психотерапевту и друг к другу; группа легче убеждалась, что всему в жизни нужно учиться, в том числе общению.

Для обучения общению использовался социально-психологический тренинг (СПТ). Эта форма психокоррекционной работы помогала адаптации детей к жизни в условиях социально-реабилитационного центра и вне его.

Социально-психологический тренинг общения облегчал процесс овладения подростками знаниями, умениями и навыками эффективного социального поведения, создавал возможности для более полного самопознания и самоопределения. Кроме того, с помощью СПТ осуществлялись формирование навыков конструктивного разрешения конфликтов в общении, эмоциональной и поведенческой саморегуляции.

Технология проведения социально-психологического тренинга с подростками

1-й этап. Формирование группы. Этот этап включал три основных компонента: подбор участников, диагностика; знакомство членов группы, выработка правил совместного взаимодействия; дискуссия, обсуждение ее результатов.

В условиях реабилитационного центра не всегда удавалось соблюсти общепринятые правила подбора участников группы. Например, было трудно избежать участия подростков с сильной акцентуацией характера или достаточно близко знакомых, имеющих между собой затяжные конфликты. Когда тренинг проводился с подростками из социального приюта, в группу численностью

9-12 человек приходилось включать девочек и мальчиков 12-16 лет, иногда уже находящихся в разной степени выраженных конфликтных отношениях со сверстниками и прошедших процедуру психодиагностики.

Знакомство как обязательная процедура СПТ проводилась всегда, невзирая на то, что участники группы знали друг друга. Каждому предлагалось придумать для себя псевдоним, а затем назвать свои наиболее очевидные сильные и слабые черты характера, рассказать о своих увлечениях, сформулировать, чего он ждет от тренинга. Правильно организованное знакомство участников тренинга во многом влияло на его дальнейший ход и результаты. Цель процедуры знакомства была достигнута, если у участников появлялась заинтересованность, возникало стремление узнать, что будет дальше. Именно эта процедура давала импульс для формирования у детей установки на взаимопонимание.

Для повышения эффективности тренинга, а также с целью формирования у его участников навыков саморегуляции, контроля, тренировки волевой сферы в группе вводились правила работы и поведения. Эти правила после короткого обсуждения записывались на доске или листе ватмана, с тем, чтобы они все время были в поле зрения группы.

Например, у нас действовали такие правила:

- каждый несет ответственность за результаты работы группы, и его активность необходима не только ему самому для решения собственных проблем, но и другим участникам;

- важно постоянное участие каждого в ходе тренинга;
- содержание работы группы строго конфиденциально и поэтому известно только ее членам;
- каждый член группы откровенен и искренен - сообщает (если сообщает) только достоверные сведения;
- каждый имеет право на поддержку, помощь группы;
- группа дает возможность высказаться каждому и слушает говорящего, не перебивая;
- каждый высказывается только от своего имени и о том, что происходит "здесь" и "теперь";
- о присутствующих в третьем лице не говорят.

Дискуссия была началом собственно групповой работы. Тема ее называлась ведущим или предлагалась группой. Воспитанники социально-реабилитационного центра редко становились авторами темы дискуссии, ибо в силу недостаточной общей осведомленности, связанной с условиями жизни в семье, длительных перерывов в обучении в школе, неразвитого социального интеллекта еще не были готовы к этому.

Для развития у подростков навыков, помогающих снять разногласия, противоречия, а также умения продуктивно участвовать в коллективном обсуждении проблем использовались игры типа "Пустыня", "Кораблекрушение", "Необитаемый остров".

Для ведущего проведенная дискуссия являлась серьезным диагностическим материалом и основой для обсуждения следующих важных для группы и отдельных ее участников вопросов: что мешало, а что помогало

достижению согласия между членами группы? Какая эмоциональная атмосфера сложилась во время обсуждения, кто на нее влиял и как? Как следовало бы построить дискуссию, чтобы она стала более результативной? Последний, итоговый вопрос ориентировал на то, чтобы каждый участник сумел определить способы совершенствования собственного стиля поведения в ситуациях, связанных с выработкой групповых решений.

Каждая процедура первого этапа тренинга предварялась разминкой. Например, после «знакомства» перед "дискуссией" проводилась разминка, назначение которой - снятие усталости, напряжения, создание доброжелательной атмосферы, сплочение группы.

2-й этап. Тренинг понимания. Опыт жизни, предшествующей пребыванию в центре, как правило, лишал детей возможности овладеть такими индивидуальными способами общения, которые помогают быть правильно понятым другими людьми. Психологический тренинг взаимовосприятия и понимания позволял в игровой форме воспроизвести необходимый опыт общения и создавал условия для интенсификации времени овладения этим опытом.

На втором этапе использовались упражнения и игры в следующей последовательности:

- Упражнения, связанные с наблюдательностью и вниманием.
- Упражнения, связанные с умением сосредоточиться
- Упражнения на взаимное понимание

- Игры, проясняющие взаимные представления детей друг о друге.

3-й этап. Тренинг убеждающего воздействия. Проблема убеждающего воздействия была особенно актуальна для детей с девиантным поведением, у которых значительное число контактов как со сверстниками, так и со взрослыми заканчивалось конфликтами. Чаще всего им не удавалось склонить партнера по общению к своей точке зрения, и в то же время они не способны были принять его точку зрения. Уметь убедить в чем - то собеседника, группу людей или самого себя означало сделать свою жизнь легче, а отношения с окружающими более гармоничными.

Заканчивался тренинг с подростками отработкой навыков и моделей будущего поведения. Для этого чаще всего использовались следующие ситуации: как уговорить подругу (друга) оказать тебе небольшую услугу; как поладить с "придирающимся" к тебе учителем, воспитателем; как вести себя на дискотеке; как реагировать на насмешки сверстников.

Психокоррекционная работа на начальных этапах строилась как игра, сочетающая в себе одновременно индивидуальные и групповые формы взаимодействия. Групповые формы использовались на начальном этапе в целях адаптации к ситуации и для общей психоэмоциональной разрядки. Групповая терапия носила ограниченный характер в виду того, что в группе начинали доминировать негативные лидеры, наиболее агрессивные дети. Их стремление к самоутверждению через силу, делало конструктивную работу в группе достаточно сложной.

Наиболее важным этапом являлась последующая индивидуальная психотерапевтическая работа. В процессе индивидуального психотерапевтического подхода дети начинали вести себя мягче, спокойнее. Исчезала внутренняя конфронтация, стремление через активную агрессию утвердить свое "Я" и не воспринимать мир взрослых.

6.3 Индивидуальная работа с семьей.

Большинство воспитанников социально-реабилитационных центров - дети из неблагополучных семей. Среди них мы выделяем семьи педагогически несостоятельные, конфликтные, асоциальные (асоциально-криминальные). При всех различиях этих семей, общим критерием неблагополучия являются деформация или полное разрушение их воспитательной функции. Истоки деформации в семьях разных типов различны. Они лежат и в искаженном понимании целей воспитания, и в характере родительского авторитета, и в методах воспитания. Большая разрушительная сила, негативно воздействующая на воспитание и развитие детей, зачастую заключена в конфликтных супружеских и детско-родительских отношениях, в образе жизни семьи.

Педагогически несостоятельная семья, как правило, занимается воспитанием детей, но для нее характерны неправомерные подходы к воспитанию, беспомощность в построении взаимоотношений с детьми. Главной целью воспитательных усилий родителей нередко становится лишь достижение послушания.

Занятия с родителями проводились в форме родительских тренингов при посещении родителями

коррекционного учреждения: образовательного учреждения, социального приюта, специальной школы для детей с девиантным поведением На тренинге в режиме дискуссии обсуждались следующие ошибки родителей:

- подавление, унижение ребенка как личности, нежелание считаться с его мнением; пренебрежение к миру детских увлечений и интересов;

- навязывание ребенку товарищей, друзей, желательных для родителей, и способов времяпрепровождения;

- нетерпимость к особенностям темперамента детей и стремление его переломить;

- применение наказаний, не соответствующих тяжести проступка; обеднение эмоциональных контактов с детьми.

Обсуждались возрастные аспекты отношения детей к родителям. До родителей доводилась установка, что чем старше становится ребенок, тем ощутимее проявляется его реакция на стиль родительского поведения. Она особенно болезненна, когда ребенок, достигая подросткового возраста, начинает стремиться к самоутверждению и ждет от окружающих признания своей взрослости. Неудовлетворенность новых потребностей ведет к конфликту с родителями, отчуждению от семьи. Родители перестают быть авторитетом, у подростка усиливаются оппозиционные настроения, он пытается освободиться от тягостного покровительства и нередко попадает под влияние других "воспитателей", ищет и находит иные авторитеты - в уличных компаниях, неформальных группах, которые оказывают на него прямое десоциализирующее влияние.

В качестве отдельных тем обсуждались психологические особенности конфликтной семьи, для которой выделялись следующие проблемные ситуации:

- сосредоточенность родителей на затяжных конфликтах друг с другом;
- агрессивная реакция конфликтующих родителей на ребенка, произвольное вымещение на нем нервного напряжения;
- настраивание ребенка обоими родителями друг против друга, принуждение его к выполнению взаимоисключающих ролей.

Родители в ходе группового обсуждения подводились к выводу о том, что условия жизни в такой семье могут превысить предел адаптационных возможностей ребенка, вызвать хроническое психическое перенапряжение, что нередко приводит к бегству из дома, бродяжничеству, создает питательную среду для прямых десоциализирующих влияний.

Опыт специализированных учреждений показывает, что возвращение ребенка в родную семью является одной из наиболее желательных форм его жизнеустройства. Несмотря на сложности, конфликты, а порой и жестокое обращение, многие дети хотят вернуться в свой дом. Однако ребенок, прошедший программу социальной реабилитации, должен возвратиться в семью лишь после ее оздоровления, когда в ней создан приемлемый психологический климат, когда у родителей закрепится понимание ценности ребенка. Поэтому профилактическая и коррекционная работа с неблагополучной семьей - важная составляющая

нормализации дальнейшего индивидуального и социального развития ребенка.

В процессе работы с родителями нами сформулированы для специалистов различных социальных практик следующие принципы социально-реабилитационной помощи в семейном ключе:

- Принцип своевременности предусматривает раннее выявление семейного неблагополучия, трудных жизненных ситуаций, в которых оказались семьи и дети, а также фактов детской безнадзорности.
- Принцип стимулирования семьи к самопомощи предусматривает активизацию ее собственных внутренних ресурсов для изменения образа жизни, перестройки взаимоотношений с детьми, проведения, например, лечения, помогающего родителям ослабить алкогольную зависимость.
- Принцип позитивной информационной поддержки родителей для бесед очень важен отбор позитивной информации, ибо она помогает облегчить общение. Рассказ о ребенке, о его первых успехах в новом коллективе, подробные сведения о возможностях, направленных на пользу и ребенку, и семье, обычно вызывают у родителей заинтересованность.
- Принцип активного родительского сопровождения коррекционно-реабилитационной работы Интерес родителей к взаимодействию со специалистом возрастает если они посещали центр. Видя своих детей совершенно в новом свете, даже те, кто представлял асоциальные семьи, оттаивали и с большим доверием шли на контакт с

психотерапевтом. Такой подход давал возможность перейти к диалогу, что позволяло развернуть второй этап работы - выявление существа семейных проблем и причин их возникновения.

- Принцип конфиденциальности информации о родительских отношениях и семейных проблемах. Утверждения этого принципа необходимо потому что при работе с семьями специалист неизбежно выходит на негативную информацию, связанную с образом жизни родителей, их отношением к детям, методами воспитания. При этом общение не должно строиться на обвинении родителей. Основной тональностью является озабоченность психотерапевта создавшимся в семье положением, надежда и вера в возможность изменить ситуацию. Специалист вел диалог, стремясь проанализировать проблемы семьи с двух точек зрения: как родителей, так и ребенка, адекватно оценивая состояния членов семьи; анализируя подтекст взаимных жалоб; проводя анализ конфликтов; побуждая родителей и детей к активному самоанализу проблем.

Педагогически несостоятельные семьи нуждались в коррекции целей и методов воспитания, представлений о родительском авторитете. С помощью специалистов родители осознавали ошибочность своего стиля воспитания.

В работе с конфликтной семьей важно выявить и обсудить основные причины конфликтности, среди которых:

— личностные особенности родителей (высокий уровень невротизации, психические расстройства, алкоголизация,

крайний эгоцентризм, озлобленность, себялюбие, властность при низком уровне интеллекта);

— кризис супружеских отношений, ситуация развода, вызывающая повышенное напряжение в отношениях с ребенком;

Особенно сложно изменить ситуацию в асоциальных и тем более асоциально-криминальных семьях. Практика показывает, что устойчивое кризисное состояние таких семей питает сложное переплетение социально-экономических, психологических, педагогических, патологических факторов. Это определяет комплексный характер подхода к решению проблем подобных семей: социально-реабилитационный центр действует при поддержке КДН, органов правопорядка, учреждений здравоохранения, различных служб, ориентированных на работу с людьми, испытывающими зависимость от алкоголя, наркотиков и т.д.

Использование рассмотренных выше психокоррекционных форм работы с разными возрастными группами детей при семейной депривации и работы с их родителями показал следующее.

Выводы

1. Семейная депривация является многокомпонентным социально-психологическим феноменом, определяющим следующие варианты пограничных психических расстройств у детей из групп «социального риска»:

- расстройства возрастного психологического развития (гипердинамичное поведение, реактивные расстройства привязанности).
- связанные с семейным стрессом, психогенно обусловленные невротические реакции, невротические состояния в виде тревожных расстройств, моносимптомные фобические расстройства.
- патохарактерологические реакции, мозаичные аномально-личностные свойства с формированием личностных отклонений, включающих асоциальные формы поведения.

2. В структуру всех форм пограничных психических расстройств входят изменения личности по депривационному типу, представленные задержанным возрастным психическим развитием и признаками личностной незрелости.

3. Выявлена возрастная предпочтительность пограничных психических расстройств: в дошкольном и младшем школьном возрасте ведущими расстройствами были реактивные расстройства привязанности, гипердинамическое поведение и невротические реакции страха и тревоги; в младшем школьном и раннем подростковом периоде ведущими были эмоционально-поведенческие расстройства со стойкими нарушениями поведения по девиантному типу, патохарактерологические реакции и признаки аддиктивного поведения.

4. Предиктором аномально-личностных свойств и девиантных форм поведения в подростковом возрасте являются: материнская депривация, жестокое обращение с

ребенком, а из клинических признаков гипердинамическое поведение.

5. Обусловленные семейной депривацией, пограничные психические расстройства у детей, в силу своей многокомпонентности, требуют полипрофессионального подхода на основе бригадного принципа с организацией комплексной медико-психолого-педагогической помощи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей. – М., 1993. – 400 с.
2. Александровский Ю.А. начальные проявления невротических расстройств. // Клиническая медицина. – М., - 1988. - №9 – с.58-64
3. Александровский Ю.А., Пераков Б.Д. клинико-эпидемиологический анализ распространенности пограничных психических расстройств: тенденции и закономерности. // 8 Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. – т.3., - 1988. – с.178-180.
4. Алексеева Л.С. Зависимость отклоняющегося поведения несовершеннолетних от типа неблагополучной семьи// Предупреждение педагогической запущенности и правонарушений школьников. - М.: Просвещение, 1980. - С.28-31.
5. Алмазов Б.Н. Психическая средовая дезадаптация несовершеннолетних. -Свердловск, 1986. - 113с.

6. Альбицкий В.Ю., Волкова Г.М. Дети из многодетных семей: образ жизни, состояние здоровья, оптимизация медико-социальной помощи// Российский педиатрический журнал. - 1999.-№4. - С. 16-18.
7. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.Я. О некоторых формах девиантного поведения у подростков // Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. -М., 1991. - С. 211-215.
8. Амонашвили Ш.А. Единство цели. ~М.:Просвещение, 1987. - 208с.
9. Андропов Ю.Ф. Проявления агрессии при невротической депрессии у детей и подростков / Конгресс по детской психиатрии. Материалы конгресса, - М.2001. - С. 168-169.
- 10.Архангельский А.Е. Опыт психиатрического изучения различных контингентов несовершеннолетних правонарушителей / Автореф. дисс. канд.мед.наук - Л., 1971.
11. Арбузова В.Н., Авдеева И.Н., Таныгина Г.Б., малинка Г.Л. Медико-социальные аспекты коррекции пограничных нервно-психических расстройств у учащихся школ-интернатов для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей // Охрана здоровья детей и подростков. Киев, 1990. – Выпуск 21. – С.14-17.
12. Баерюнас З.В. Опыт социально-педагогического исследования семьи и подростка-правонарушителя. Автореф. дисс. канд.

пед.

наук. М., 1972

13. Баерюнас З.В. Типичные ошибки семейного воспитания подростков// Проблемы быта, брака и семьи.-Вильнюс, 1970
14. Баз Л.Л., Баженова О.В. Влияние супружеской коммуникации на развитие общения у ребенка первых двух лет жизни. // Психологический журнал. Т.17.№1, 1996. стр. 97-109
15. Бадалян О.А. детская неврология. – М., 1984. – 340 с.
16. Башина В.М., Проселкова М.Е. Дети-сироты (к особенностям раннего дизонтогенеза) // Сироты России: проблемы, надежды, будущее. - М., 1994. - С. 49-50.
17. Белов В.П. Патологическое и невротическое развитие личности: содержание понятий и дифференциация // Пограничные нервно-психические расстройства. - М., 1983. - С. 17-22.
18. Бомба Я. Юношеская депрессия (эпидемиологическое исследование) // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1987. – Вып.10. – С. 1501-1506.
19. Буторина Н.Е. Структура пубертатных изменений психики. // Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии. – М., 1987. – С.13-16
20. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. предпосылки девиантного материнского поведения // Психологический журнал. - 2000. - Т.21. - №2.-С. 78-87.

21. Буянов М.И. Детская психиатрия.- М. – 1987. – 248 с.
22. Буянов М.И. Ребёнок из неблагополучной семьи // Записки детского психиатра. - М., Просвещение, 1988. - 208 с.
23. Василевский В.Г. Агрессивное поведение как вид делинквентности детей и подростков / Социальные дезадаптационные нарушения у детей и подростков. Мат. Российской научно-практической конф. - М., 1986. -С. 45-47.
24. Вандыш В.В. К характеристике микросредовых влияний при психогенных развитиях у подростков с органическим поражением головного мозга. // Социокультуральные проблемы современной психиатрии. Научные кербиковсие чтения. - М., 1994, с.17-18.
25. Варга А.Я. Структура и типы родительского отношения. Дис. канд.психол.наук. -М.,1986. - 187 с.
26. Вейн А.М. Неврозы // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1998. - Вып.11. - С.38-41.
27. Веселкова Е.А. Невротические нарушения и психотерапия у детей дошкольного и младшего школьного возраста: Автореф. дисс...канд. мед. наук. – Томск, 1993. – 18 с.
28. Волкова Г.А. Дезадаптированные дети младшего дошкольного возраста в детском доме / Конгресс по детской психиатрии. Мат.конгресса. - М., 2001.-С. 344.
29. Вострокнутов Н.В. Социально-психологические и клинические особенности у детей, пострадавших от насилия и межэтнических конфликтов //

Социокультуральные проблемы современной психиатрии.
Научные кербиковские чтения. - М., 1994, с.22-23.

30. Вострокнутов Н.В. Типология делинквентного поведения детей и подростков: социально-средовые, эмоционально-личностные и психопатологические факторы риска // Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. - М., 1996. - С. 21-29.
31. Вострокнутов Н.В. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации // Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства. - М., 1995. - С. 8-11.
32. Вроно М.Ш. О психических дизонтогениях у детей // Вестник АМН СССР. - 1973. - Вып. 10. - С. 67-70.
33. Галкина Т.П. Психолого-психиатрическое консультирование детей, лишенных семьи // Конгресс по детской психиатрии. Мат.конгресса.-М.,2001.-С. 94-95.
34. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. - М., «Север», 1993.
35. Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н. Неврозы у детей и их лечение. - Л.Медицина, 1977. - 272 с.
36. Гарбузов В.И. Нервные дети. -Л.: Медицина, 1990. -176 с.
37. Гарбузов В.И. Практическая психотерапия. - С/Пб.: АО«Сфера», 1994.-160 с.
38. Гиндикин В.Я. Психопатии и патохарактерологические развития // Клиническая динамика неврозов и психопатий. - Л.: Медицина. - 1967. - С.152-182.
39. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Школьная дезадаптация как следствие общесоматической и психоневрологической

- запущенности детей и подростков // Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства. - М., 1995. - С.37-38.
40. Гиндикин В. Девиантное поведение / Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. - СПб., 2002. - С. 266.
41. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Школьная дезадаптация как следствие общесоматической и психоневрологической запущенности детей и подростков // Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства. - М., 1995. - С. 37-38.
42. Голик А.Н. Социальная психиатрия сиротства. - М., 2000. - 192 с.
43. Горьковая И.А. Психологические особенности подростков-делинквентов, родители которых лишены родительских прав // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. -1994. - №4.-С. 23-31.
44. Горьковая И.А. Влияние семьи на формирование делинквентности у подростков// Психологический журнал. - 1994. - Т. 15. -№2. -С.57-65.
45. Горохов В.И. Условия возникновения и прогноз психических заболеваний, начавшихся в детском и подростковом возрасте. // Эпидемиология нервных и психических заболеваний. - 1979, с.141-143.
46. Горюнова А.В., Кудрина Н.Б., Орехова Л.С., Таращенко В.М. Распространенность заболеваний нервной системы среди детского населения. // Всесоюзная конференция по

организации психиатрической и неврологической помощи детям – Симферополь, 1980, с. 13-15.

47. Горюнова А.В., Королева Т.Н. Психическая депривация и особенности психомоторного развития детей-сирот // Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. Мат. Российской научно-, практ. конф. - М., 1996. - С. 104-105.
48. Грановская Р.М. Элементы практической психологии. - 2 изд. - Л.:ЛГУ, 1988. - 560с.
49. Гуревич М.О. Психопатология детского возраста. - М., - Госмедиздат, 1932.
50. Гурьева В.А. Социально-психиатрический анализ трудного детства// Вопросы изучения детей с отклонениями в поведении.-М.,1968.
51. Гурьева В.А. Психопатии в подростковом и юношеском возрасте. - М., 1971. - 38 с.
52. Гурьева В.А. Психогенные расстройства у детей и подростков. - М.:КРОН-ПРЕСС, 1996. - 208 с.
53. Гурьева В.А., -Гиндикин В.Я. Социальное сиротство - причина и результат психической аномальности девиаций личности и поведения // Сироты России: проблемы, надежды, будущее. - М., 1994. - С. 53-54.
54. Гурьева В.А. Клиническая и судебная подростковая психиатрия. - М., 2001.-477 с.
55. Дмитриева Т.Н. Сравнительный анализ роли микросоциальных и биологических факторов в формировании и динамике девиантного поведения при различных патохарактерологических расстройствах у подростков // Охрана здоровья детей и подростков.

Материалы IV конгресса педиатров России.- Москва, 17-18 ноября 1998. - С.140.

56. Дмитриева И.В., Морозов В.И., Патласова Г.В. и др. Исследование инициальных проявлений пограничных нервно-психических расстройств. - В кн. IV Всеросс. съезд. Невропатологов и психиатров. - М., 1980. - Т.1. - С. 197-200.
57. Дмитриева Т.Б. Психогенные депрессии в подростковом и юношеском возрасте (клиника, патогенез, лечение): Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 1981. - 17 с.
58. Дмитриева Т.Б. Задачи подростковой психиатрии в условиях социально-экономического кризиса // Перспективы развития подростковой социальной и судебной психиатрии. Мат.Росс.научно-практ. конф. - Хабаровск, 1995. - С. 3-7.
59. Ермолина Л.А., Кашникова А.А., Титарова И.Н., Коваленко В.Б. Агрессивные проявления у детей и подростков в структуре пограничных психических расстройств // Охрана здоровья детей и подростков. Материалы IV конгресса педиатров России.- Москва, 17-18 ноября 1998. - С.121-122.
60. Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребёнка. - М.,1986. - 128 с.
61. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. -Медицина, 1988. -248 с.
62. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков: анамнез, этиология и патогенез. - Л.: Медицина, 1988.

63. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. - М., 1982. -С. 13-67, С. 214.
64. Захаров Н.П., Калачев Б.П. Психопатологические расстройства у неуспевающих школьников начальных классов // VIII Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов; Тез.докл. - М., 1988. - Т.2.- С.195-197.
65. Зеньковский В. В. Психология детства. - Екатеринбург: Деловая книга. -1995. - 346 с.
66. Илешева Р.Г. Патологические формы девиантного поведения у подростков и алкоголизм родителей. // Сборник тезисов докладов на 7 международном симпозиуме детских психиатров социалистических стран. - Суздаль, - 1979. - с.29
67. Иовчук Н.М. Школьная дезадаптация - эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. - М., 1995. - 23 с.
68. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. - СПб., - 1996. -227 с.
69. Исаев Д.Н. Психологический стресс и психосоматические расстройства в детском возрасте. Лекции. - СПб.: Изд-во ППМИ, 1994. - 81 с.
70. Калачева И.О., Карнаухова Е.Н. Влияние депривации на психическое развитие детей // Охрана здоровья детей и подростков. Материалы IV конгресса педиатров России.- Москва, 17-18 ноября 1998. - С.109-110.
71. Кантонистова Н.С. особенности формирования личности у подростков и их связь с состоянием психического здоровья. // Здоровье, развитие, личность / Под ред. Г.Н.

Сердюковской, Д.Н. Крылова, У.Кляйнпетер. – М.: Медицина, 1990. – 336 с.

72. Карвасарский Б.Д. Неврозы. Руководство для врачей. – М., - 1980. – 448с.
73. Ковалев В.В. Детская психиатрия. – М., - 1995. – 560 с.
74. Ковалев В.В. О взаимоотношениях биологического и социального в психиатрии // Методологические вопросы психиатрии. – М., 1981. – С.5-11.
75. Ковалев В.В. Проблема взаимодействия психопатий и психогений с позиции эволюционно-онтогенетического подхода. // психогении и психопатии. – М.,1983.
76. Ковалев В.В., Шевченко Ю.С. Проблема неврозов и неврозоподобных состояний в свете современных представлений детско-подростковой психиатрии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 1996. - №6. - С. 127-130.
77. Коган В.Е. Психогенные формы школьной дезадаптации. // Вопросы психологии. – 1984, вып.4., с 89-95.
78. Коган О.Г., Шмидт И.Р., Иванов В.В., Кузнецова О.В., Малевик В.Ф. Проблема «фактора риска» в неврологии // «Факторы риска» при неврологических и пограничных заболеваниях: Сб. Статей / Томский мед. ин-т; Под ред. А.Я.Шияневского. – Томск, 1987. – С. 46-50.
79. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков: Социал.-психолог. И психиатр. аспекты. – Минск: Беларусь, 1988. – 207 с.

80. Козловская Г.В., Буторина Н.Е. основные вопросы профилактики психических заболеваний у детей. // Методические рекомендации для педиатров, детских невропатологов и психиатров. - М. - 1981.
81. Козловская Г.В., Кремнева Л.Ф. Роль факторов среды и индивидуальной реактивности в возникновении и клинике пограничных нервно-психических расстройств детского возраста // Психогигиена детей и подростков. - М., 1985. - С.66-92.
82. Козловская Г.В., Проселкова М.Е. Эмоциональная нарушения в условиях сиротства детей раннего возраста // Сироты России: проблемы, надежды, будущее. - М., 1994. - С. 55-56.
83. Кон И.С. Ребёнок и общество. - М: Наука, 1978. - 174 с.
84. Коновалова В.В. Роль психической депривации в генезе интеллектуального недоразвития детей // Охрана здоровья детей и подростков. Материалы IV конгресса педиатров России.- Москва, 17-18 ноября 1998. - С.143.
85. Кошелева А.Д. К проблеме ранних дисгармоний в эмоциональной сфере ребенка-дошкольника /Конгресс по детской психиатрии. Мат. конг.-М.,2001.-С. 187-188.
86. Кузнецов Ю.А. Психогигиена семьи, особенности формирования и профилактики неврозов (клинико-статистическое исследование). // Автореф. дисс...канд.мед.наук. - 1973.
87. Лакосина Н.Д. Некоторые особенности формирования неврозов // Актуальные вопросы профилактики и лечения основных психиатрических болезней.- М., 1986.-С.55-61.

88. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. неврозы, невротические развития личности. – М., - 1994. - 192
89. Лангмейер И., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте // Пер. с чешск. - Прага : Авиценум, 1984. - 335 с.
90. Лебединский В.В. Нарушение психического развития у детей. – М.: Медицина, 1985.
91. Лесгафт П.Ф. Семейное воспитание и его значение. Избранные педагогические сочинения. Т.1. - М., 1951. - 336 с.
92. Личко А.Е.. Подростковая психиатрия. Л., 1979.
93. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - М., 1983. - С. 185-202.
94. Макаренко А.С. Педагогические сочинения : в. 8т. -Т.4 - М. ,1985.
95. Можгинский Ю.Б. Значение эмоциональных расстройств в детском и подростковом возрасте для прогноза различных вариантов отклоняющегося поведения / Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. Мат. Всеросс. конф. -М., 1995.-76-77 с.
96. Морозов Г.В. Проблемы причинности в психиатрии. // Вопросы соотношения биологического и социального в психиатрии. – М., - 1984. – с.3-8.
97. Михайлова Э.А., Проскурина Т.Ю., Майоров О.Ю. Методологический подход к оценке девиантного поведения у подростков с неврозами и неврозоподобными состояниями // Охрана здоровья детей и подростков. Материалы IV конгресса педиатров России.- Москва, 17-18 ноября 1998. – С.35-36.

98. Мишина Т.М. Исследование семьи в клинике и коррекция семейных отношений // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. -Л., 1988.-С. 255-281.
99. Мухамедрахимов Р.Ж. Формы взаимодействия матери и младенца// Вопросы психологии. -1994. -№6. - С. 16-25.
100. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л.,1960.
101. Надеждин Ю.И. Вопросы психогигиены семьи, особенности формирования и профилактики психопатий (клинико-статистическое исследование). // Автореф. дисс...канд.мед.наук. – М. – 1977.
102. Обухов С.Г., Шустер Э.Е. Девиантное поведение как маркер пограничной психической патологии раннего пубертатного периода. // Новые методы диагностики и лечения психических заболеваний. – Минск, МЗ БССР, 1989. – С. 51-54.
103. Озерецковский С.Д. о скрытых депрессиях у подростков // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1979. – Вып.2. – С. 212-216.
104. Панин Г.М., Философова М.С., Шниткова Е.В. Клинические и медико-психологические аспекты девиантного поведения детей и подростков // Охрана здоровья детей и подростков. Материалы IV конгресса педиатров России.- Москва, 17-18 ноября 1998. – С.7-8.
105. Петровский А.В., Петровский В.А. Индивид и его потребность быть личностью//Вопросы философии. -1982. - №3. - С. 44-53.
106. Поздеева Т.В., Камаев Н.А. ребенок из неполной семьи – социальные и медицинские проблемы // Новые

технологии в педиатрии. Материалы конгресса педиатров России. - Москва, 19-21 апреля 1995. - С.241-242.

107. Попов Ю.В. Классификация психопатических нарушений у подростков. // Психопатические расстройства у подростков. - Л., 1987. - С. 8-40.
108. Проселкова М.Е. Особенности психического здоровья детей-сирот (возрастной и динамический аспекты) / Дисс. канд.мед.наук. - М., 1996.
109. Проселкова М.Е. Депривационные расстройства у детей из условий сиротства // Охрана здоровья детей и подростков. Материалы IV конгресса педиатров России.- Москва, 17-18 ноября 1998. - С.91-92.
110. Раттер М. Помощь трудным детям. - М.: Прогресс, 1987.
111. Римашевская Н.В., Кремнева Л.Ф. Проспективное исследование материнского поведения и его влияние на психическое развитие детей раннего возраста //Вопросы психического здоровья детей и подростков. М.,2003.-№3.
112. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека/Пер. с англ. - М.: Прогресс, 1994. 480 с.
113. Рыбалко М.И. о невротических расстройствах у детей и подростков с девиантным поведением // Неврозы у детей и подростков: Тез.докл. - М., 1986. - С.157-158
114. Свядощ А.М. Неврозы. - М., - 1982. - 336 с.
115. Семке В.Я., Положий Б.С. Пограничные состояния и психическое здоровье. - Томск: Изд-во Том. Ун-та, 1990, 209 с.
116. Симпсон Т.П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. М.: медицина, 1958.

117. Скобло Г.В., Бударева Л.А. Патохарактерологические реакции в раннем детском возрасте. // журнал невроп. и психиатр. им. С.С.Корсакова. - 1990. - №8. - С.1427-1428.
118. Случевский И.Ф. Психиатрия. - 1957. - 234 с.
119. Смирнова Е.О., Галагузова Л.Н., Ермолаева Т.В. Особенности психического развития детей, воспитывающихся вне семьи//Сироты России: проблемы, надежды, будущее. - М., 1994. - С. 57-58.
120. Солоед К.В. Психическое развитие младенцев в условиях материнской депривации / Дисс.. канд.мед.наук. - М., 1998.
121. Снежневский А.В. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии. - М., 1983. - Т.1. - С. 16-97.
122. Спивак Л.И. О некоторых факторах повышенного риска возникновения неврозов: Тез. Докл. 4 - го Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. - М., - 1980. - т.1. - с.347-349.
123. Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов. - М.: Изд-во МГУ, 1988.-200 с.
124. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. - М., - 1974. - 320 с.
125. Сухотина Н.К. Социально-стрессочные факторы и невротические расстройства у детей // Журнал социальной и клинической психиатрии.-2000.-№1.-С. 5.
126. Сухотина Н.К. Влияние макросоциальных факторов на психическое здоровье детей и подростков / Конгресс по детской

психиатрии.

Мат.

конг. - М., 2001. - С. 207-208.

127. Усанова О.Н/, Шаховская С.Н. Роль семьи в коррекционном воздействии на детей// Психокоррекция: теория- и практика. - М., 1995. - С. 50-66.
128. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. - М., - 1978 - 340 с.
129. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. - М. - 1973.
130. Фигдор Г. Дети разведенных родителей: между травмой и надеждой. М., Наука. 1995
131. Фрейд З. Психология Я и защитные механизмы. - М.: Педагогика-Пресс, 1993. -144 с.
132. Фром Э. Искусство любить. Исследование природы любви./ Пер с англ. -М.: Педагогика, 1990. -160 с.
133. Чуркин А.А. Пограничные психические расстройства (клинико-эпидемиологические и организационные аспекты). Автореф. дисс. Докт. Мед. Наук. М.: ЛНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 1989.
134. Шевченко Ю.С., Северный А.А., Иовчук Н.М. Проблема охраны психического здоровья детей и подростков. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1998. - Вып.8. - С. 37-40.
135. Шевченко Ю.С., Шагинян Н.Ю., Бармин В.В. Психосоциальные аспекты нежеланного материнства и раннего развития ребенка//Социальная и клиническая психиатрия. - 2001. - №3. - С. 94-105.

136. Шипицина Л.М. Девиантное поведение у детей с материнской депривацией и пути его коррекции // Конгресс по детской психиатрии. Мат. конг. - М., 2001. - С. 710-911
137. Шумаков В.М., Скобло Г.В., Сокольская Т.М. Факторы риска и проблема ранней профилактики патологических нарушений поведения у детей и подростков. // Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. - Л. ЛНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 1986. - С.164-166.
138. Шумаков В.М. О роли неблагоприятных факторов в детском и подростковом возрасте в формировании асоциальной направленности личности. // Всесоюзная конференция по организации психиатрической и неврологической помощи детям. - Симферополь, 1980, с.164-166.
139. Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. - М. и С/Пб.: Фолиум, 1996. -63с.
140. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. - Л.: Медицина, 1990.
141. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Клинико-психологическая диагностика взаимоотношений в семьях подростков с психопатиями, акцентуациями характера, неврозами и неврозоподобными состояниями. Методические рекомендации. -Л., 1987.
142. A.Adler. О нервическом характере. - М., - 1989. - 388 с.

143. Ainsworth M.D. The effects of maternal deprivation: review of findings and controversy in the context of research strategy. Deprivation of maternal care. A reassessment of its effects. - N.Y., 1962. - P. 97-165.
144. Alkon D. Parental deprivation // Acta Psychiatr. Scand. - 1971. - Supply. 223.- P. 46-51.
145. Anthony E. The child and family // Children at psychiatric risk. - N.Y., 1980. - 238 p.
146. Ainsworth M.D., Dlenar M.C., Waters E., Waters S. Patterns of attachment. - Hillsdale, N.Y.: Erlbaum, 1978.
147. Allport G. Pattern and Growth in Personality. - N.Y., 1961.
148. Allport G. Personality and Social Encounter. - Boston: Press. - 1960. - 386p.
149. Andrews J.A.; Capaldi, D. Adolescent and family predictors of physical aggression and communication. // Journal of Consulting & Clinical Psychology, Apr 2000, Vol. 68 Issue 2, p195.
150. Anderson J.P. Study of the relationship between certain aspects of parental behavior and attitudes and the behavior of junior high school pupils. - Contributions of Education, n.809, Bureau of Publication Teachers Colleges. - N.Y. - 1940.
151. Baer J.S.; Ban H.M.; et al. Prenatal alcohol exposure and family history of alcoholism in the etiology of adolescent

alcoholism.// Journal of Studies on Alcohol, Sep98, Vol. 59
Issue 5, p533

152. Bandura A. Behavior Theory and the Models of Man// Amer. Psychol., 1974. -Vol.29.- KO 12. -P. 859-870.
153. Bandura A. The Self-System in Reciprocal Determinism //Amer.Ps3-chol.,1978. -Vol.33. - Jfs4. -P.344-358.
154. Bakwin H. Emotional deprivation in infants // J. Pediatr. - 1949. - Vol. 35. -P.- 512-521.
155. Bennet J. Delinquent and neurotic children. Child Development 32, 1960,-p.511-518.
156. Bleuer M. Руководство по психиатрии. – М., - 1993. – 347 с.
157. Block J. Tomas H. Is satisfaction with Self a measure of Adjustment// Personality Research. Ed. By D.Byrne & M.Hamilton.-N.Y., 1966.
158. Bowlby J. Famile interaction in disturbed and normal families: a methodological and substantive review.//Psychol. Bui.-1975.-n.l.-h.33-65.
159. Bowen M. The family as the unit of study and treatment.// Amer. J. Orthopsychical, 1960. - v.31. - P.40-60.
160. Brody S. Patters of mothering. - Prenum prese, N.Y., 1956. - 286p.
161. Bowlby G. Maternal Care and Mental Health. – Geneva, WHO, 1952
162. Bowlby Y. Separation anxiety. - N.Y., 1960. - 138 p.

163. Bowlby Y. Attachment and loss. Vol II. Separation. - N.Y.; Basic Books, 1973. - 264 p.
164. Cerny L., Cerny M., Kmoskova L. Profylaxe der neurotischen Storungen bei den kindern aus dem alkoholiker-familien // Тез. Докл. IV Симпозиума детских психиатров соц.стран. - М., 1976. - С. 374.
165. Chess S., Thomas A. Temperament and Behavior disorders in Children. - N.Y. - University press. - 1968. - p.129.
166. Christian R.E., Frick P.J., Hill N.L. et al. Psychopathy and Conduct Problems in Children: II.Implications for Subtyping Children With Conduct Problems // J.Am.Acad.Child Adolesc. Psychiatry. - 1997. - Vol. 36, N 2- P. 233-241.
167. Cofrman S. A profile of adolescent anger in diverse family configurations and recommendations for intervention// School Counselor Jan92, Vol. 39 Issue 3, p21 1
168. Dadds M., Braddock D., Cuers S., Elliott A., Kelly A. Personal and family adolexcents. Cjmmimity - Ment - Health - Y. 1993, Oct. 29(5):413-222.
169. Ginott E.G. Between parent and cliild/ New solutions to old problems. -London, Stadles Press, 1969. -178 p.
170. Glaser K. Masked depression in children and adolescents // Annu.Prog.Child Psychiatry. - ChildDev. - 1968.- Vol.1. - P. 345-355.
171. Goede, M. Transitions in family structure and adolescent well- being.//Adolescence. Winter97, Vol. 32 Issue 128, p897
172. Gordon T., P.E.T. in action [A guide to parent effectiventss training]. -Toronto, Bantcem Book, 1979. - 368 p.

173. Gray J.A. The psychology of fear and stress // J.Gray. - N.Y., Toronto: McGraw - Hill. Cop., 1971. - 256 p.
174. Graham P., Stevenson J. Child Health Related Quality of Life. Child Questionnaire. Revised Version., 1994.
175. Guile R. Le test film «Un instrument pour la mesure objective du niveau de maturite affective et de certains traip du comportent. - Paris, 1959.
176. Helsen, M., Vollebergh, W. Social Support from Parents and Friends and Emotional Problems in Adolescence //Journal of Youth & Adolescence, Jun2000, Vol. 29 Issue 3, p319
177. Hoffmann J.P. Exploring the direct and indirect family effects on adolescent drug use //Journal of Drug Issues Summer93, Vol. 23 Issue 3, p535
178. Kaplan, H. B.; Lin, Cheng-hsien Deviant Identity as a Moderator of the Relation Between Negative Self-Feelings and Deviant Behavior.// Journal of Early Adolescence, May2000, Vol. 20 Issue 2, p 50
179. Keeler W.R. Childrens reaction to the death of parent // Depression/Hoch P.H. and Zubin J.(Eds.) Grune Stratton, N.Y., 1954 - P.116
180. Kowar L.C. Wasted lives A study A children in mintal Hospital and their Families. - N.Y., 1979. - P. 1-27.
181. Kagel S.A., White R.M., Coune J.E. Father - absent and father-present families of olisturbed and nondisturbed addescents // Am.J.Orthopsychiatry, 1978.- vol. 48.- №2.- p.342-352.

182. Kaplan H.J., Sadock B.J. Clinical psychiatry. - Baltimore etc., - 1994. - t.1-2. - 670 p.
183. Keeler W.R. Childrens reaction to the death of parent // Depression/Hoch P.H. and Zubin J.(Eds.) Grune Stratton, N.Y., 1954 - P.116
184. Klaus M., Kennel J. Mother-infant interaction: implicationg // Verill-Palmer Quarterly. - 1982. - Vol. 28. - P.17-23.
185. Kowar L.C. Wasted lives A study A children in mintal Hospital and their Families. - N.Y., 1979. - P. 1-27.
186. Lohman B.J.; Jarvis, P.A. Adolescent Stressors, Coping Strategies,
and Psychological Health Studied in the Family Context
Journal of Youth & Adolescence, Feb2000, Vol. 29 Issue 1, p. 15 - 29p.
187. Lewis D.O., Balla O. Sociopabhy and its synonyms: inappropriate diagnoses in child psychiatry // Amer. Y. Psychiatry, 1975. - vol 132. - №7. -p.720-722.
188. Lewis D.O. et al violent: psychological and abuse factors // Y. Am. Acad. Child. Psychiatry,1979; 18; 307-319.
189. Lewis E., Baker L. Homeless families and children future-child. 1996,
summer-fall; 6(2): 146-58.
190. Lytton H. Child and parent effect in boys conduct disorder. A reinterpretation. Developmental Psychiatry, 1990. 268. 683-697.

191. Матейчек З. Понятие психической депривации: пер. с англ. - Прага, 1989.-17 с.
192. Матейчик З. Родители и дети. - М., 1992. - 28 с.
193. Minuchin S. families and family Fherapy. - Cambrige: Harvard University Press, 1974. -268 p.
194. Moffitt T.E. Yuvenile delinquency and attention deficit disorder: boys developmental trajectories from age 3 to age 15 Child development, 1990, 61, 893-910.
195. Maccoby E.E. Social Development. Psychological groups and parent - child relationship. - New York, Harcourt B.J., 1980. - 436 p.
196. Maslow A. Motivation and Personality. New York: Harper and Brothers, 1954.-382p.
197. Mendcscka G. Attitudes of parents and development of creativity// European journal for high ability, 1992. - v.3. -n.2. -P. 148-154.
198. Nilzon, K.R., Palmerus, K. The influence of familial factors on anxiety and depression in childhood and early adolescence.// Adolescence Winter97, Vol. 32 Issue 128, p935
199. Noack P.; Puschner B. Differential trajectories of parent-child relationships and psychosocial adjustment in adolescents.// Journal of Adolescence, Dec99, Vol. 22 Issue 6, p795 - 10p.
200. Nissen G. Masked depression in children and adolescents // Masked depression / Ed. By P.Kilholz, Basle. - 1973. - 133-143.

201. Olweus D. Aggression and acceptance in adolescent boys.
Ywoshort-term
202. longitudinal studies of ratings. Child Development, 1977,
48, 1301-1313.
203. Perdino F. WAIMH Conference on the mental health of
infants. Children and parents. - Riga, 1994. - P.5.
204. Pound A., Puckering C. The impact of maternal depression
on young children // Br. J. Psychother. - 1988. - vol. 4. - P.
240-251.
205. Remschmidt H. (Ремшмидт Х.) Подростковый и
юношеский возраст: проблемы становления личности:
пер. с нем. - М., 1994.-319
206. Richman N. Emotional and behavioral problems in young
children. -London, 1988. - 196 p.
207. Rathunde K. Parent-adolescent interaction and optimal
experience.//Journal of Youth & Adolescence Dec97, Vol. 26
Issue 6, p669
208. Roe A., Siegelman M. A parent - child relations
Questionnaire. - Child Development, 1963. -V.34.-n. 2. -P.
355-369.
209. Rogers C.A. Theory of Therapy, Personality and
Interpersonal Relationships, als Developed in the
Clientcentered Framework// Theories of Personality/ Ed.
Lindzley C.Hall New York: John Wiley and Sons, 1965.-
P.469-471.
210. Rohr M. Identifying adolescent runaways: the predictive
utility of the
personality inventory for children. Adolescence, 1996, Fall;
31 (123); 605-23.

211. Rubin D., Erickson E., San-Agustin and academic functioning of homeless children compared with housed children. Pediatrics, 1996, Mar; 97 (30:289-94).
212. Rutter M. (Раттер М.) Помощь трудным детям. - М., 1987. - 422 с.
213. Sameroff A., Seifer R., Zax M. Early indicators of development risk:
214. Rochester longitudinal study // Schizophr. Bull. - 1987. - vol. 13, № 3. -P. 383-394.
215. Shaefer E.S., Bell R.Q. Development of a parental research instrument. Child development, 1958. -v. 29. N. 3. - 338-361 p.
216. Schaffer D.R., Brody I.H. Parental and peer influencer on moral development// Parent - prespects/ Ed. By R.W. Henderson. - N.Y.: Academic Press, 1981. -P. 83-120.
217. Singh, N.N.; Wechsler, H.A.; Curtis, W. J. Family friendliness of inpatient services for children and adolescents with EBD and their families: Observational study of the treatment team process. Journal of Emotional & Behavioral Disorders, Spring2000, Vol. 8 Issue 1,p19- 28p.
218. Sheridan M. A Proposed Intergenerational Model of Substance abus. Famile Functioning. And Abuse / Neglect // Y. Abuse and Neglect. - 1995. - vol.19, №5.-P. 519-530.
219. Stem N., Beebe B. Study on mothers infant interaction. - N.Y.:Columbia Univ.Press. 1975. - № 6. - P. 28-36.
220. Tuclier I. Adjustment Models and MachanisiTis.- NewYork.Acad.Press,1970.-489p

221. Vazsonyi A.T.; Pickering L.E. Family Processes and Deviance: A Comparison of Apprentices and Nonapprentices. Journal of Adolescent Research, May2000, Vol. 15 Issue 3, p368 -24p.

222. Yarrow LJ. Development of child personality in the first five years // Modern perspective in psychiatry of infancy. - New York, 1979/ - № 3. - Р. 1-24.

Приложение 1.

КАРТА СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ "ГРУППЫ РИСКА".

1. Учреждение, где проводится обследование _____

2.Дата: _____

—

РАЗДЕЛ 0 (общие данные)

3.Пол: _____ м/ж _____

ФИО _____

4.Возраст _____ Дата рождения _____

5.Адрес _____

—

6.1 группа здоровые дети, в услов. сем. депривации _____

7.2 группа дети с орган.предиспозицией,в услов. семейн. депривации _____

8.3 группа дети, находящиеся в условиях полноценной семьи _____

9.Комплексная психолого-медико-педагогическая комиссия _____

(да/нет, учреждение, дата) _____

10.Девиантность поведения без правонарушений (да/нет, возраст проявлений) _____

11.Нарушения привязанности раннего детского возраста _____

12.Эмоциональные р-ва из-за разлуки (до 7 лет) _____

13.Конформное, зависимое поведение; общение с детьми мл.возраста _____

- 14.Трудности общения (тормозимый интроверт, аутист, реакции пассив.отказа, бедность эмоциональных контактов)_____
- 15.Оппозиционное поведение без агрессии (упрямство, реакции актив протеста)____
- 16.Вызывающее поведение (возбудимость, драчливость)_____
- 17.Эгоцентрически-демонстративное поведение_____
- 18."Бесцельно - праздное" поведение_____
- 19.Соответствующее возрасту отсутствию психосексуальных интересов, секс.контактов_____
- 20.Задержанное (более, чем на 2 года к периоду 12 лет)формирование психосексуальных интересов____
- 21.Опережающее (более чем на 2 года от периода 12 лет) развитие психосексуальных интересов, девиаций_____
- 22.Расстройство половой идентификации (неудовлетворенность полом, стремление к его изменению)_____
- 23.Стойкая делинквентность поведения (да/нет, возраст начальных проявлений)_____
- 24.Стойкая аффективно-вербальная и физическая агрессивность в общении со сверстниками (озлобленность, грубость,чрезмерная драчливость, избиения)_____
- 25.Агрессивность с садист. проявлениями в поведении_____
- 26.Аутоагрессивные действия; суициды, связанные с межличностными отношениями_____
- 27.Влияние среды - негативное (соц. запущенность)_____
- 28.Влияние среды - позитив., компенс. _____

РАЗДЕЛ 1. НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ

29.Течение беременности, родов, постнатального период _____

30.Патология антенатального периода (беременность)_____

31.Патология перинатального, раннего постнатального периода новорожденного (НМК, родовая травма, асфиксия)_____

32.ЧМТ с клинически выраженными с-ми (возраст)_____

33.Нейроинфекции (возраст, вид, тяжесть)_____

34.Общие инфекционные заболевания,(тяжелые,с токсическим состоянием)_____

35.Системные болезни (ревматизм, пороки сердца, туберкулез)_____

36.Аллергические заболевания и состояния_____

37.Хирургические вмешательства_____

- 38.Хр.соматические болезни в анамнезе, ремиссия _____
- 39.Стойкие сомато-вегетатив. дисфункции (ведущий тип) _____
- 40.**Отклонения физического развития** (задержанный в-т, физ.инфанти.) _____
- 41.Ускоренное физическое развитие (акселерат.) _____
- 42.Сомато-физические аномалии черепа, лица, конечностей (вкл. макро-, микроцефалию) _____
- 43.Нарушения развития с сомато-эндокринными расстр., нарушениями обмена, веществ _____
- 44.Отклонения развития с нарушениями органов слуха, зрения, опорно-двиг. аппарата, др. физ.недост. _____
- 45.**Нарушения психомоторного развития (моторная недостаточность)** _____
- 46.Гиперактивное, гипердинамичное поведение _____
- 47.Стереотипии, тики, судорожные реакции _____
- 48.Нарушения развития речи (задержка, косноязычие) _____
- 49.Нарушения развития речи (заикание, мутизм) _____
- 50.Нарушения сна (кошмары, ночные страхи) _____
- 51.Нарушения сна (сомнамбулизм) _____
- 52.**Нарушения системных физиологических функций (энурез, энкопрез)** _____
- 53.**Отклонения полового созревания** (задержанный, более 2-х лет вариант) _____
- 54.**Отклонения полового созревания** (ускоренный, более чем на 2 года; дисгармоничный вариант) _____
- 55.Нарушения пищевого поведения (анорексия, булимия) _____
- 56.**Отклонения эмоционального развития** (аффективная бедность, "апатичность", отсутствие эмпатии) _____
- 57.Нарушения эмоционального развития (фобические тревожные рас-ва детского возраста - страхи пространства, темноты, животных) _____
- 58.Нарушения эмоционального развития (социальные тревожные рас-ва детского возраста - страхи и/или избегание незнакомых лиц, сверстников) _____
- 59.Нарушения эмоционального развития с гипер- и/или гипотимией аффективного тонуса, настроения _____
- 60.Нарушения эмоционального развития с аффект. лабильностью, импульсивностью _____
- 61.**Нарушения интеллектуального развития** (низкая активность, ограниченность представлений, умений) _____
- 62.Нарушения познавательной деятельности (навыков счета, чтения, письма, пространственных представлений) _____

63.Диссоциация познавательной деятельности (практическая неумелость, интерес к абстрактным понятиям)

64.Отклонения формирования "Я"(физическое,психическое)

65.Патологический криз 1-го года жизни

66.Патологический криз 2-3-х лет

67.Патологический криз 6-7лет

68.Транзиторные (возрастные) синдромы непсихотического уровня

69.Стойкие патологические состояния, включая:

70.неуточненную задержку психического развития

71.детский аутизм

72.дисгармоничный, "органический" инфантилизм

73.аномальные личностные расстройства

74.Расстройства личности (патохарактеролог. радикалы):

75.Инфантильная личность, гармоничный инфантилизм

76.Акцентуированная личность

77.Диссоциальное (социально-психологическая деформация) расстройство личности

78.Стойкая социально-педагогическая запущенность

79.Возрастная несформированность личностных свойств

80.Неустойчивые/устойчивые социально-позитивные личностные свойства

РАЗДЕЛ 2. ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ СТРЕСС (психогении)

81.Психосоциальный стресс - в семье

82.Психосоциальный стресс - в детском саду, школе

83.Психосоциальный стресс - в межличностных отношениях, вкл. отношения со сверстниками

84.Психосоциальный стресс - в анамнезе

85.Посттравматические рас-ва (психические, психосоматические) в ан.

86.Психосоциальный стресс - на момент обследования

87.Посттравматические рас-ва (психические, психосоматические)на м/о

88.Расстройства адаптации с аффективными (тревожно-депрессивными) реакциями на стресс

89.Расстройства адаптации с поведенческими (агрессивными) реакциями на стресс

90.Расстройства адаптации с поведенческими(аутоагр. вкл.самоповреждения)р-циями на стресс _____

91.Расстройства адаптации с др.поведенческими нарушениями на стресс (вкл. диссоциальные) _____

92.Деадаптивные(инфантип.) реакции с регрессивными расстройствами, вкл.утрату функций, навыков _____

93.Невротические (тревожно-фобические) расстройства на стресс _____

94.Невротические (диссоц.-конверс.) расстройства на стресс _____

95.Невротические соматоформные (дисфункциональные,соматические) расстройства на стресс _____

96.Неврастенические (ипохондрические) расстройства на стресс _____

97.Невротические (депрессивные) расстройства на стресс _____

98.Динамика реакции - острая (до 1 мес.) _____

99.Динамика - пролонгированная до 1-го года и более _____

100.Динамика - рецидивирующая с периодами затухания _____

101.Полная или частичная компенсация реакции _____

102.Хр.течение посттравматических рас-в (более 2-х лет) _____

103.**Психогенные** развития личности _____

104.Патохарактерологические развития личности _____

105.Психогении,посттравматические рас-ва на патологически измененной почве _____

106.Механизм развития - депривационный _____

107.Механизм развития - невротический _____

108.Механизм развития - индуцированный _____

РАЗДЕЛ 3. ХАРАКТЕРИСТИКА СОМАТО-НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО, ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

109.**Соматическое** состояние, **соматически здоров** _____

110.Остр., подострое сомат. заболевание(д-з) _____

111.Хр. сомат. заболевание, ремиссия с симптоматической лабильностью, склонность к рецидивам _____

112.Сомат. заболевание с психическими рас-ми _____

113.**Неврологическое состояние, неврологически здоров** _____

114.Невролог. микросимптоматика без нарушений функций _____

115.С-м вегето-вестибулярных рас-в _____

116.С-м гидроцефально-ликвородинамических рас-в _____

117.С-м нейроэндокринных рас-в _____

118.С-м нейрокутаных, нейромышечных расстройств _____

119.С-м	нарушений	периферической	н.с.
120.С-м расстройств	эпилептиформных,		судорожных
121.Др. расстройств	с-мы		неврологических
122.Психическое состояние: психически здоров _____			
123.Психическое состояние: транзиторные психические рас-ва не психотического уровня на момент обследования: _____			
124.астенические	-	астено-вегетативные	
125.аффективные эпизод	-	легкий	депрессивный
126.невротические рас-ва	(неврозоподобные)	- панические,тревожные	рас-
127.невротические рас-ва	(тревожно-фобические)		рас-
128.невротические рас-ва	(обсессивные)		рас-
129.невротические рас-ва	(ипохондрические)		рас-
130.истеро-невротические рас-ва	конверсионные	(соматоформные)	рас-
131.истеро-невротические диссоциативные (психические)рас-ва _____			
132.невротические деперсонализационные рас-ва _____			
133.Психические рас-ва не психотического уровня в анамнезе (возраст появления, характер) _____			
134.психомоторное (гипердинамическое) возбуждение с расторможенностью влечений _____			
135.психомоторное(кататоническое,гебоидное)возбуждение со стереотипиями _____			
136.пароксизмальные психомоторные расстройства (истерические припадки, амбулат. автоматизмы) _____			
137.состояния психомоторной заторм.с гипобулией, адинамией(вялоастенический, депрессивный в-т)____			
138.психические расстройства с нарушением сознания _____			
139.Стойкие шизотипические рас-ва (неадекватный аффект, странность поведения, аморфность мышления, социальная отгороженность)_____			
140.Транзиторные психические рас-ва, имеющие возрастную предпочтительность:_____			
141.с-м невропатии в возрасте до 3 - 4-х лет _____			
142.с-м	гипердинамически-гиперкинетических		рас-в
143.с-м	тревоги	и	страха
(ночной,навязчивый,сверхценный) _____			
144.с-м патологического фантазирования (образный компенсаторный, аутистический, агрессивно-садистический, сверхценный)_____			
145.с-м патологии влечений (пиро-, токсикоманический, анорексический, перверзный, садистический и др.)_____			

146.с-м сверхценных р-в(увлечения,реформаторство,ипохондрия, дисморфмания и др.)_____

147.Возрастные психические расстройства в анамнезе (возраст появления, характер)_____

148.**Органические** _____ **психические**
расстройства:_____

149.простой _____ церебрастенический _____ в-т _____

150.церебрастенический с неврозоподобными (диссоциативными) рас-м _____

151.церебрастенический _____ с _____ аффективными _____ рас-ми _____

152.церебрастенический _____ с _____ легкими _____ когнитивными _____ рас-ми _____

РАЗДЕЛ 4. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

153.**Средовая** _____ **психическая** _____ **дезадаптация**
(парциальная,генерализованная)_____

154.с поведенческими рас-вами (девиантными)_____

155.с _____ психическими _____ расстройствами _____ (патологический _____ в-т) _____

156.**Нарушения развития** (задержанный в-т)_____

157.**Нарушения** _____ **развития** _____ (дисгармонич., _____ акселерат, _____ в-т) _____

158.вкл. _____ соматофизические _____ рас-ва _____

159.когнитивные _____ рас-ва _____

160.аффективно- _____ волевые, _____ личностные _____ рас-ва _____

161.транзиторные (возрастные) психические рас-ва _____

162.систем, психические рас-ва чтения, счета, письма пространственных представлений _____

163.Нарушения развития на "патологической" почве _____

164.**Психосоциальный стресс** и посттравматические рас-ва в анамнезе _____

165.**Психосоциальный** _____ **стресс** _____ и _____ посттравматические _____ рас-ва _____ в статусе _____

166.**Развитие личности и личностные проблемы** _____

167.Акцентуированные, _____ личностные _____ свойства (тип) _____

168.Задержанное развитие личности (инфанти.) _____

169.Аномальные _____ личностные _____ свойства (психопат.) _____

170.Диссоциальные(социально-психологическая деформация личности) личностные рас-ва _____

171.**Состояние:** _____ соматическое _____ (д-з) _____

172.**Состояние:** неврологическое (д-з) _____

173.**Психическое** _____ **состояние:** _____ (синдром) _____

174.**Психическое состояние:** (нозология) _____

175. **Заключение** _____

176. **Рекомендации** _____

РАЗДЕЛ 5. ДИНАМИЧНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ТЕРАПИЯ

177. **Диспансеризация** по соматическому заболеванию (возраст взятия на учет, длительность, диагноз) _____

178. Диспансеризация по неврологическому заболеванию (возраст взятия на учет, длительность, диагноз) _____

179. Возраст появления начальных клинических признаков (психических рас-в) _____

180. **Диспансеризация-психиатрический учет** (консульт., диспансерный - возраст постановки, д-з) _____

181. **Терапия психических отклонений** _____

182. симптоматическая (общеукрепляющая, фитотерапия, дегидратация, противовосп., ноотропы и др.) _____

183. психофармакологические средства _____

184. антиконвульсанты _____

185. психотерапия _____ (рациональная, _____ суггестивная, тренинг) _____

186. эффект _____ - _____ полный _____ лечебный (выздоровление) _____

187. эффект _____ - _____ частичный _____ (ремиссия _____ с _____ неполной компенсацией) _____

188. эффект _____ - _____ отсутствует _____ (улучшение _____ на _____ момент терапии) _____

Приложение 2. Тренинги для младших школьников.

1 занятие

Знакомство. Первое занятие желательно проводить совместно с родителями.

Приветствие. Дети вместе с психологом сидят в кругу. Всем предлагается разучить Приветствие., которое нужно пропеть, а не проговорить: --- Доброе утро, Саша (улыбнуться и кивнуть головой), доброе утро, Маша... (называются имена детей по кругу) доброе утро, Ирина Михайловна, доброе утро, солнце (все поднимают руки, затем опускают), доброе утро, небо (аналогичные движения руками), доброе утро, всем нам (все разводят руки в стороны, затем опускают). Выбатывается ритуал приветствия

Цель: Создание настроения на работу.

Материал: Вырезанные из бумаги картинки (солнышко, тучка и тучка с солнышком. Воздушные шары по числу участников.

Проведение: Создается календарь настроения. На доске пишутся все имена детей. В отдельном лоточке лежат вырезанные из бумаги картинки (солнышко - отличное настроение, тучка - плохое настроение и тучка с солнышком - настроение не очень хорошее). При входе каждый ребенок выбирает картинку, наиболее подходящую по его настроению, и прикрепляет ее напротив своего имени.

Каждому ребенку при входе дарится воздушный шар. Игра с воздушными шарами.

"Воздушный шарик"

Цель: Снять напряжение, успокоить детей.

Материал: Не требуется.

Проведение: Все играющие стоят или сидят в кругу. Ведущий дает инструкцию: "Представьте себе, что сейчас мы с вами будем надувать шарики. Вдохните воздух, поднесите воображаемый шарик к губам и, раздувая щеки, медленно, через приоткрытые губы надувайте его. Следите глазами за тем, как ваш шарик становится все больше и больше, как увеличиваются, растут узоры на нем. Представили? Я тоже представила ваши огромные шары. Дуйте осторожно, чтобы шарик не лопнул. А теперь покажите их друг другу". Упражнение можно повторить 3 раза.

"Рисование под музыку"

Цель: Снятие эмоционального напряжения.

Материал: Краски акварельные или гуашевые, широкие кисти, бумага, аудиокассета Вивальди "Времена года".

Проведение: Рисование под музыку Вивальди "Времена года" большими мазками.

Лето - красные мазки (ягоды) Осень - желтые и оранжевые (листья) Зима - голубые (снег) Весна - зеленые (листья).

Аппликация "Имя - Ромашка"

Цель: Идентификация с именем, работа с самооценкой.

Материал: Цветная бумага, ножницы, карандаши.

Проведение: С ведущим и родителями дети должны выполнить аппликацию "Ромашка". В центр цветка вписать свое имя, на лепестках - ласкательные производные от имени или семейные прозвища, внизу на стебельке имя, с которым мама обращается к ребенку, когда сердится. Из цветной бумаги мама вырезает Божью коровку, которую ребенок приклеивает на лепесток с обращением, которое ему нравится больше всего.

Дети должны расспросить родителей о своем имени, почему их так назвали. (Может, у кого-то есть "история" его имени, например: девочка родилась светленькой, как солнышко, - назвали Светочкой; или назвали в честь кого-то из родственников, так называют всех первенцев и т.п.).

2 занятие

Календарь настроения

Цель: Создание настроения на работу.

Материал: Вырезанные из бумаги картинки (солнышко, тучка и тучка с солнышком. Воздушные шарики по числу участников).

Проведение: Приветствие. Все дети встают в круг и держатся за руки.

"Здравствуйте! Я рада вас видеть! И Оля здесь, и Маша здесь, и Петя здесь". Воспитатель смотрит и называет по имени каждого ребенка. Дети следом повторяют все имена.

"Мое имя"

Цель: Идентификация со своим именем, формирование позитивного отношения ребенка к своему "Я".

Материал: Не требуется.

Психолог говорит, что для каждого человека его имя - самый важный и сладкий звук на Земле, который звучит, как самая лучшая в мире музыка. Поэтому каждый раз, начиная занятия, мы приветствуем друг друга по имени. Но имя можно не просто пропеть, а пропеть на разные лады, например: тихо, как капает дождик, как стучит барабан, как звучит эхо в горах. Давайте это сделаем. Ведущий задает вопросы, а дети по очереди отвечают.

— Тебе нравится твое имя?

— Хотел бы ты, чтобы тебя звали по-другому? Как?

При затруднении в ответах ведущий называет ласкательные производные от имени ребенка, а тот выбирает наиболее ему понравившееся.

Ведущий говорит: "Известно ли вам, что имена растут вместе с людьми? Сегодня вы маленькие и имя у вас маленькое. Когда вы подрастаете и пойдете в школу, имя

подрастет вместе с вами и станет полным, например: Ваня - Иван, Маша - Мария" и т.д.

"Найди похожее"

Цель: Развитие моторики, абстрактного мышления

Материал: Каждому - мешочек с игрушкой (ежик, неваляшка, домик, мышка, тетрадка)

Проведение: Детям раздается по мешочку с одной игрушкой. Ребенок ощупывает ее и пытается угадать, что это за предмет. Затем вытаскивает игрушку, рассматривает ее и отыскивает в комнате предметы, чем-то похожие (по форме, цвету и т.д.). Сходные предметы ребенок складывает себе в мешок. Когда все найдут похожие предметы, дети по очереди высыпают предметы из своего мешка на стол и рассказывают чем они похожи.

Пальчиковая игра "Моя семья"

Этот пальчик - дедушка,

Этот пальчик - бабушка,

Этот пальчик - папочка,

Этот пальчик - мамочка.

Этот пальчик - Я,

Вот и вся моя семья!

(Поочередное сгибание пальцев, начиная с большого. Повторить 3 раза).

"Пробуждение на деревенском дворе"

Цель: Развитие эмоционального мира, развитие моторики.

Материал: аудиокассета: "Звуки природы".

Проведение: Детям предлагается представить себя разными животными и подвигаться как это животное.

Петух - руки за спину

Кошка - умывается

Утка - ковыляет

Гусь - вышагивает, поворачивает голову из стороны в сторону.

"Ласковый мелок"

Цель: Развитие навыков общения, снятие агрессивности.

Материал: Не требуется.

Проведение: Дети делятся на пары. Один ложится на пол. Другой - пальчиком на его спине рисует солнышко, цифру, дождик, букву. Первый должен догадаться, что нарисовано. После окончания рисования - нежным жестом руки "стереть" все нарисованное.

3 Занятие

Календарь настроения

Приветствие.

"Попроси игрушку"

Цель: Обучить детей эффективным способам общения.

Материал: Любые предметы, игрушки.

Проведение: Группа делится на пары, один из участников пары (участник 1) берет в руки какой-либо предмет, например, игрушку, тетрадь, карандаш и т.д. Другой участник (участник 2) должен попросить этот предмет. Инструкция участнику 1: "Ты держишь в руках игрушку (тетрадь, карандаш), которая очень нужна тебе, но она

нужна и твоему приятелю. Он будет у тебя ее просить. Постарайся оставить игрушку у себя и отдать ее только в том случае, если тебе действительно захочется это сделать". Инструкция участнику 2: "Подбирая нужные слова, постарайся попросить игрушку так, чтобы тебе ее отдали". Затем участники 1 и 2 меняются ролями.

"Разыщи радость"

Цель: Формирование оптимального эмоционального тонуса, открытости внешним впечатлениям, развитие любознательности, нивелирование тревожности.

Материал: Тетради, ручки.

Проведение: Психолог просит детей назвать по очереди все вещи, события, явления, которые приносят им радость. Предлагает завести книгу-тетрадь со следующими главами:

- качества, которые нравятся в людях;
- дела, которые удается делать хорошо;
- вещи, которые люблю;
- любимые книги, фильмы, мультфильмы;
- любимые места;
- приятные сны;
- наши мечты.

Рисование на тему "Я люблю больше всего..."

Цель: Укрепление положительного впечатления от предыдущей игры, перевод в зрительный ряд.

Материал: Кисти, краски, карандаши, бумага.

Проведение: Дети рисуют то, что они больше всего любят. Все рисунки складываются в специальную папку; если кто-либо нуждается в дополнительной доле положительных эмоций, он может пересмотреть рисунки и снова пережить от них радость.

Танцевальный этюд "Подари движение"

Цель: Укрепление эмоциональных контактов, взаимопонимания и доверия.

Материал: Аудиокассета с веселой танцевальной музыкой.

Проведение: Участники встают в круг. Звучит веселая музыка. Ведущий начинает танец, выполняя какие-то однотипные движения в течение 15-20 с. Остальные повторяют эти движения. Затем кивком головы ведущий дает знак кому-то из детей продолжить движения в такт музыке, тот в свою очередь передает это право следующему - и так по кругу.

"Дерево, лист, плод"

Цель: Расширение представлений детей о живой природе.

Материал: Коробка с двумя отделениями;

Карточки с изображением и названием различных деревьев (ель, сосна, дуб, клен, липа, яблоня, вишня, груша, кокосовая пальма);

Карточки с изображением листьев этих деревьев;

Мелкие игрушки или естественные плоды этих деревьев.

Ход работы: Ребенок выбирает карточку с деревом и подбирает к ней карточку с листом и плод.

"Зайчики"

Цель: Дать ребенку возможность испытать разнообразные мышечные ощущения, научить задерживать внимание на этих ощущениях, различать и сравнивать их.

Проведение: Взрослый просит детей представить себя веселыми зайчиками в цирке, играющими на воображаемых барабанах. Ведущий описывает характер

физических действий - силу, темп, резкость - и направляет внимание детей на осознание и сравнение возникающих мышечных и эмоциональных ощущений.

Например, ведущий говорит: "Как сильно зайчики стучат на барабанах! А вы чувствуете, как напряжены у них лапки? Ощущаете, какие лапки твердые, не гнутся! Как палочки! Чувствуете, как напряглись у вас мышцы в кулачках, ручках, даже в плечиках?! А вот лицо нет! Лицо улыбается, свободное, расслабленное. И животик расслаблен. Дышит... А кулачки напряженно стучат!.. А что еще расслаблено? Давайте еще попробуем постучать, но уже медленнее, чтобы уловить все ощущения".

4 занятие

Календарь настроения

Приветствие.

"Два барана"

Цель: Снять невербальную агрессию, предоставить ребенку возможность "легальным образом" выплеснуть гнев, снять излишнее эмоциональное и мышечное напряжение, направить энергию детей в нужное русло.

Материал: Не требуется

Проведение: Психолог разбивает детей на пары и читает текст: "Рано-рано два барана повстречались на мосту". Участники игры, широко расставив ноги, склонив вперед туловище, упираются ладонями и лбами друг в друга. Задача - противостоять друг другу, не сдвигаясь с места, как можно дольше. Можно издавать звуки "Бе-е-е". Необходимо соблюдать "технику безопасности", внимательно следить, чтобы "бараны" не расшибли себе лбы.

"Волшебные картинки"

Цель: Формирование обобщенных представлений о свойствах и качествах предметов, овладение действиями замещения и моделирования.

Материал: Комплекты геометрических фигур в конвертах для каждого ребенка - круг, полукруг, треугольник.

Проведение: Из своих конвертов они достают геометрические фигуры и дорисовывают каждую до образа (круг - рожица, яблоко и пр.)

2 вариант этого упражнения: каждому раздается в конверте по 5-6 кругов или 5-6 треугольников, т.е. одинаковых геометрических фигур.

Пальчиковая игра "На лужок"

На лужок пришли зайчата,

Медвежата, барсучата,

Лягушата и енот.

На зеленый на лужок

Приходи и ты, дружок!

(Поочередное сгибание пальцев в кулачок в ритме потешки. При перечислении по очереди, начиная с большого. Повторить 3 раза).

"Глаза в глаза"

Цель: Развивать в детях чувство эмпатии, настроить на спокойный лад.

Материал: Не требуется.

Проведение: "Ребята, возьмитесь за руки со своим соседом по парте. Смотрите друг другу только в глаза и, чувствуя руки, попробуйте молча передавать разные состояния: "я грущу", "мне весело, давай играть", "я рассержен", "не хочу ни с кем разговаривать" и т.д. После игры обсудите с детьми, какие состояния передавались, какие из них было легко отгадывать, а какие трудно.

"Узнай по голосу"

Цель: Развитие внимания, умения узнавать друг друга по голосу, создание положительного эмоционального фона.

Материал: Не требуется.

Проведение: Дети встают в круг, выбирают водящего. Он встает в центр круга и старается узнать детей по голосу.

Рисование: "Симметричные рисунки"

Цель: Умение работать в паре. Умение сотрудничать.

Материал: Бумага, цветные карандаши.

Проведение: Дети вдвоем, одновременно, пытаются нарисовать симметричный рисунок (солнышко, домик, дерево и пр.)

"С утра до вечера"

Цель: Развитие представлений о человеческих ценностях.

Материал: Большой круг, разделенный на 4 равные части. Внутри круга 4 одинаковые картинки - домик, дерево. Небо над ними в разное время суток.

Картонная коробка с картинками занятий людей в разное время суток (спят, гуляют и пр.).

Проведение: Дети говорят, что такое утро, день, вечер и ночь и раскладывают на кругу соответствующие карточки. Делается акцент на добрых делах.

5 занятие

Календарь настроения

Приветствие.

"Обзывалки"

Цель: Снять вербальную агрессию, помочь детям выплеснуть гнев в приемлемой форме.

Материал: Мяч.

Проведение: Скажите детям следующее: "Ребята, передавая мяч по кругу, давайте называть друг друга разными необходимыми словами (заранее обговаривается условие, какими обзывалками можно пользоваться. Это могут быть названия овощей, фруктов, грибов или мебели). Каждое обращение должно начинаться со слов: "А ты,..., морковка!" Помните, что это игра, поэтому обижаться друг на друга не будем. В заключительном круге обязательно следует сказать своему соседу что-нибудь приятное, например: "А ты,..., солнышко!" Игра полезна не только для агрессивных, но и для обидчивых детей. Следует проводить ее в быстром темпе, предупредив детей, что это только игра и обижаться друг на друга не стоит.

Пальчиковые игры "Прятки"

В прятки пальчики играли И головки убирали. Вот так, вот так, И головки убирали. (Ритмичное поочередное сгибание и разгибание пальцев. Повторить 3 раза).

"Броуновское движение"

Цель: Снятие мышечного напряжения.

Материал: Теннисные мячи.

Проведение: Все встают в круг. Ведущий один за другим вкатывает в центр круга теннисные мячи. Мячи не должны останавливаться и выкатываться за пределы круга. Их можно толкать руками и ногами.

"Прогулка с компасом"

Цель: Формирование у детей чувства доверия к окружающим.

Материал: Повязка на глаза.

Группа разбивается на пары, где есть ведомый ("турист") и ведущий ("компас"). Каждому ведомому (он стоит впереди, а ведущий сзади, положив партнеру руки на плечи) завязывают глаза. Задание: пройти все игровое поле вперед и назад. При этом "туриста не может общаться с "компасом" на вербальном уровне (не может

разговаривать с ним). Ведущий движением рук помогает ведомому держать направление, избегая препятствий - других туристов с компасами. После окончания игры дети могут описать, что они чувствовали, когда были с завязанными глазами и полагались на своего партнера.

"Связующая нить"

Цель: Формирование чувства близости с другими людьми.

Материал: Клубок ниток.

Дети, сидя в кругу, передают клубок ниток. Перед 1ча клубка сопровождается высказываниями о том, что тот, кто держит клубок, чувствует, что хочет для себя и что может пожелать другим. При затруднении психолог помогает ребенку - бросает клубок ему еще раз. Этот прием диагностичен: можно увидеть детей, испытывающих трудности в общении, - у ведущего с ними будут двойные, тройные связи. Когда клубок вернется к ведущему, дети натягивают нить и закрывают глаза, представляя, что они составляют одно целое, что каждый из них важен и значим в этом целом.

6 занятие

Календарь настроения

Приветствие.

" Тух- тебе-дух"

Цель: Снятие негативных настроений и восстановление сил.

Материал: Не требуется.

"Я сообщу вам по секрету особое слово. Это волшебное заклинание против плохого настроения, против обид и разочарований. Чтобы оно подействовало по-настоящему, необходимо сделать следующее. Сейчас вы начнете ходить по комнате, ни с кем не разговаривая. Как только вам захочется поговорить, остановитесь напротив одного из участников, посмотрите ему в глаза и трижды, сердито-пресердито произнесите волшебное слово: "Тух-тебе-дух". Затем продолжайте ходить по комнате. Время от времени останавливайтесь перед кем-либо и снова сердито-пресердито произносите это волшебное слово

Чтобы волшебное слово подействовало, необходимо говорить его не в пустоту, а глядя в глаза человека, стоящего перед вами. В этой игре заложен комичный парадокс. Хотя дети должны произносить слово "Тух-тебе-дух" сердито, через некоторое время они не могут не смеяться.

"Из чего сделано?"

Цель: Формирование обобщенных представлений о свойствах и качествах предметов, овладение действиями замещения и моделирования.

Материал: Коробка с набором предметов, сделанных из разного материала: дерева, стекла, резины. Глины, пластмассы, металла и пр.

Проведение: Детям демонстрируется предмет и они угадывают из чего он сделан. Затем называют предметы из окружающей среды, сделанные из того же материала (деревянные - стул, карандаш, рамка) и отыскивают в комнате предметы из этого материала.

"Подарок под елкой"

Цель: Расслабление мышц лица, особенно вокруг глаз.

Проведение: "Представьте себе, что скоро Новогодний праздник. Вы целый год мечтали о замечательном подарке. Вот вы подходите к елке, крепко-крепко замуриваете глаза и делаете глубокий вдох. Затаите дыхание. Что же лежит под елкой? Теперь выдохните и откройте глаза. О, чудо! Долгожданная игрушка перед вами! Вы рады? Улыбнитесь".

После выполнения упражнения можно обсудить (если дети захотят), кто о чем мечтает.

"Жужа"

Цель: Научить агрессивных детей быть менее обидчивыми, дать им уникальную возможность посмотреть на себя глазами окружающих,

побыть на месте того, кого они сами обижают, не задумываясь об этом.

Материал: Полотенце.

Проведение: "Жужа" сидит на стуле с полотенцем в руках. Все остальные бегают вокруг нее, строят рожицы, дразнят, дотрагиваются до нее. "Жужа" терпит, но когда ей все это надоедает, она вскакивает и начинает гоняться за обидчиками, стараясь поймать того, кто обидел ее больше всех, он и будет "Жужей". Взрослый должен следить, чтобы "дразнилки" не были слишком обидными.

"Сосулька"

Цель: расслабить мышцы рук.

"Ребята, я хочу загадать вам загадку:

У нас под крышей

Белый гвоздь висит,

Солнце взойдет.

Гвоздь упадет. (В. Селиверстов)

Правильно, это сосулька. Давайте представим, что мы с вами артисты и ставим спектакль для малышей. Диктор (это я) читает им эту загадку, а вы будете изображать сосульки. Когда я прочитаю первые две строчки, вы сделаете вдох и поднимете руки над головой, а на третью, четвертую - уроните расслабленные руки вниз. Итак, репетируем... А теперь выступаем. Здорово получилось!"

7 занятие

Календарь настроения

Приветствие.

"Игры с веревочкой"

Цель: Развитие психомоторики, чувства доверия и взаимопомощи.

Материал: Веребочка.

Проведение: Разложить на полу веревочку - ребенок ходит точно по веревочке. Веребочка извилистая. Дети могут помогать друг другу ходить по веревочке.

"Насос и мяч"

Цель: Расслабить максимальное количество мышц тела.

Материал: Не требуется.

Проведение: "Ребята, разбейтесь на пары. Один из вас - большой надувной мяч, другой насосом надувает этот мяч. Мяч стоит, обмякнув всем телом, на полусогнутых ногах, руки, шея расслаблены. Корпус наклонен несколько вперед, голова опущена (мяч не наполнен воздухом). Товарищ начинает надувать мяч, сопровождая движение рук (они качают воздух) звуком "с". С каждой подачей воздуха мяч надувается все больше. Услышав первый звук "с", он вдыхает порцию воздуха, одновременно выпрямляя ноги в коленях, после второго "с" выпрямилось туловище, после третьего - у мяча поднимается голова, после четвертого - надулись щеки и даже руки отошли от боков. Мяч надут. Насос перестал накачивать. Товарищ выдергивает из мяча шланг насоса... Из мяча с силой выходит воздух со звуком "ш". Тело вновь обмякло, вернулось в исходное положение. " Затем играющие меняются ролями.

"Горячо - холодно"

Цель: Развитие навыков взаимодействия.

Материал: Любой маленький предмет.

Проведение: Дети делятся на две команды. Одна команда комнате прячет предмет. Водящий другой команды - ищет. Команда помогает ему, издавая звуки разной степени громкости (мычат, жужжат, зудят и пр. громко, если он находится рядом с предметом и тихо, если далеко от предмета)

"Радужные портреты"

Цель: Развитие навыков взаимодействия, снятие агрессивности, знакомство со своим телом.

Материалы: Аудиозаписи "Лес", "Озеро". Цветные карандаши. Листы бумаги А3

Проведение: Дети вспоминают, какие части тела они знают и называют их. "Поговорим подробно о той части тела, которая находится сверху. Это - голова". Дети называют то, что находится на голове: волосы, уши, нос, глаза, подбородок, лоб, щеки, губы, зубы, дотрагиваются до них и говорят. Для чего они нужны (глаза, аккуратно дотрагиваемся до них, трогаем реснички, подмигиваем одному соседу правым глазом, а другому - левым и т.д.)

Далее рисуются "радужные портреты". Дети, по одному, ложатся на пол и на большом листе ведущий обводит контур головы фломастером.

Получив контур своей головы ребенок. Под музыку обводит его теми карандашами, которые соответствуют его настроению.

"Здоровье человека"

Цель: Знакомство со строением тела, развитие навыков здорового образа жизни.

Материал: кукла, таблички, на которых написаны названия частей тела человека.

Проведение: Ребенок кладет на куклу соответствующую табличку. На руку - табличку с надписью "рука", на живот - табличку с надписью "живот". Психолог проводит беседу на тему навыков здорового образа жизни. Вопросы могут быть следующие:

Что помогает нам сохранить здоровье?

Что делает нас здоровыми?

Какие существуют вредные привычки и почему они так называются?

Как можно бороться с вредными привычками?

Все высказывания детей записываются на доске. После окончания задания попросите детей зарисовать в виде пиктограмм каждое высказывание, записанное на доске.

"Рисование самого себя"

Цель: Раскрытие своего "Я", формирование стремления к самосовершенствованию.

Материал: Бумага, карандаши, краски.

Проведение: Психолог предлагает детям нарисовать себя в трех зеркалах:

— в зеленом - такими, какими они представляются себе;

— в голубом - такими, какими они хотят быть;

— в красном - такими, какими их видят друзья.

8 занятие

Календарь настроения

Приветствие.

"Разноцветные вагончики"

Цель: Формирование обобщенных представлений о свойствах и качествах предметов, овладение действиями замещения и моделирования, развитие коммуникативных навыков.

Материал: Разноцветные флажки по количеству детей. 5 табличек, на которых нарисованы в различном порядке круги разных цветов (цвет кружков соответствует цвету флажков).

Проведение: Детям раздается по флажку. Каждый ребенок - вагончик. Нужно по сигналу построиться в поезд так. Как это нарисовано на табличке. Ребенок соотносит цвет круга с цветом своего флажка и строится. После того, как все дети построились, паровозик едет по комнате.

Пальчиковые игры: "Пальчик - мальчик"

Пальчик - мальчик, где ты был?

С этим братцем в лес ходил,

С этим братцем щи варил,

С этим братцем кашу ел,
С этим братцем песни пел.

(На первую строку показать большие пальцы на обеих руках. Затем поочередно соединять их с остальными пальцами. Повторить 3 раза).

"Рассказ по картинке"

Цель: Формирование навыков здорового образа жизни.

Материал: Картинки с изображением людей, занятых заботой о своем здоровье (мальчик делает зарядку, женщина катается на коньках и т.д.) и картинки, изображающие людей не заботящихся о своем здоровье (мальчик курит, девочка в грязном платье).

Проведение: Детям раздают по две картинки. Ребенок должен назвать действия персонажей и составить короткий рассказ, в котором должны быть четко сформулировано отношение ребенка к происходящему на картинке.

"Винт"

Цель: Снять мышечные зажимы в области плечевого пояса.

Материал: Аудиокассета с записью музыки Н. Римского-Корсакова "Пляска скоморохов" из оперы "Снегурочка".

Проведение: "Ребята, давайте попробуем превратиться в винт. Для этого поставьте пятки и носки вместе. По моей команде "Начали" будем поворачивать корпус то влево, то вправо. Одновременно с этим руки будут свободно следовать за корпусом в том же направлении. Начали!...Стоп!" Этюд может сопровождаться музыкой Н. Римского-Корсакова "Пляска скоморохов" из оперы "Снегурочка".

"План местности"

Цель: Развитие навыков совместной деятельности.

Материал: картонное игровое поле набор карточек с нарисованным планом местности игрушечные домики, деревья, мосты, река, озеро. Проведение:

Дети разбиваются на команды и выбирают любую карточку с планом и располагают игрушки в соответствии с этим планом.

"Передай мячик"

Цель: Снятие мышечного напряжения.

Материал: Мяч.

Проведение: Сидя или стоя стараться как можно быстрее передать друг другу мячик, не уронив его. Можно в максимально быстром темпе бросать мяч друг другу.

"Развитие слухового восприятия"

Цель: Развитие умения слушать, развитие навыков взаимодействия.

Материал: аудиозаписи "Лес", "Озеро"; цветные карандаши; листы бумаги формата А3 с "радужными портретами"; колокольчик и корзина с музыкальными инструментами; набор карточек "Домашние животные"; аудиозапись "Деревенская песня".

Проведение: Все дети сидят в кругу. Ведущий берет колокольчик. Подходит к кому-то из детей, тихонько звонит около его ушка, называет по имени и говорит что-то приятное (Миша, я рада тебя видеть). Далее Миша берет колокольчик и подходит к кому-то из ребят и т.д. Дети обсуждают зачем человеку уши (слушать друг друга. Общаться и пр.). На что похожи уши (на морские раковины и пр.). Дотрагиваются до ушной раковины, мочки и называют их.

Закрывают глаза и прислушиваются к шуму на улице. Открывают глаза и говорят о том, что услышали.

Закрывают глаза и прислушиваются к шуму в комнате. Открывают глаза и говорят о том, что услышали.

Массаж ушей: потерли ладошки друг о друга, чтобы они стали горячими. Правую ладошку кладем на правое ушко, левую на левое. Потрем аккуратно ушки. Возьмем за середину ушной раковины и потянем ушки в стороны 3 раза, потом за верхний край 3

раза. За мочку вниз 3 раза. Пощиплем ушки сверху вниз и снизу вверх. А теперь послушаем звуки на улице и в комнате. Удалось ли вам услышать больше звуков? Помог ли массаж? Корзина с музыкальными инструментами. Накрытая платком. Дети пробуют по звуку угадать музыкальный инструмент. По мере угадывания инструмент выкладывается в центр группы.

Дети пробуют поиграть на музыкальных инструментах, передавая их в кругу по очереди.

Пробуют играть все вместе. Вывод, что в шуме трудно различать звуки. Теперь слушаем каждый инструмент по очереди и складываем их в корзину. Слушаем тишину.

Звучит музыка "Деревенские песни". Дети угадывают голоса животных. После прослушивания из карточек "Домашние животные" выбирают тех животных, голоса которых слышали.

9 занятие

Календарь настроения

Приветствие.

"Замри"

Цель: Развитие произвольности. Формирование обобщенных представлений о свойствах и качествах предметов, овладение действиями замещения и моделирования.

Материал: Карты - образцы (20 x 30 см) со схематическим изображением человека в какой либо позе: руки подняты вверх, правая нога в сторону и т.д.

Проведение: Детям демонстрируется картинка и они принимают ту позу, которая нарисована.

"Лес"

Цель: Развитие артистичности, развитие произвольности.

Материал: Аудиозапись: "Лес"

Проведение: Дети выбирают себе дерево (дуб, сосну, березу), цветок, травинку, кустик и т.д. Мы превращаемся в лес. Как ваше растение ведет себя, когда:

Дует тихий нежный ветерок

Сильный холодный ветер

Ураган

Мелкий грибной дождик

Ливень

Очень жарко

Ласковое солнышко

Ночь

Град

Заморозки.

"Большой пазл"

Цель: Развитие навыков общения.

Материал: Картинки, разрезанные на 2 части (можно усложнить задачу и разрезать картинку на большее количество частей).

Проведение: Детям раздаются картинки. Цель - найти вторую половину.

"Шалтай-Болтай"

Цель: Расслабить мышцы рук, спины и груди.

Материал: Стихотворение С. Маршака "Шалтай-болтай".

Проведение: "Давайте поставим еще один маленький спектакль. Он называется "Шалтай-болтай".

Шалтай-болтай

Сидел на стене.

Шалтай-болтай

Свалился во сне. (С. Маршак)

Сначала будем поворачивать туловище вправо-влево, руки при этом свободно болтаются, как у тряпичной куклы. На слова "свалился во сне" - резко наклоняем корпус тела вниз".

"Драка"

Цель: Расслабить мышцы нижней части лица и кистей рук, снятие напряженности и агрессивности.

"Вы с другом поссорились. Вот-вот начнется драка. Глубоко вдохните, крепко-накрепко сожмите челюсти. Пальцы рук зафиксируйте в кулаках, до боли вдавите пальцы в ладони. Затаите дыхание на несколько секунд. Задумайтесь: а может, не стоит драться? Выдохните и расслабьтесь. Ура! Неприятности позади!"

Это упражнение полезно проводить и с тревожными, и с агрессивными детьми.

10 занятие

Календарь настроения

Приветствие.

"Поезд"

Цель: Развитие коммуникативных навыков, развитие ориентировки в пространстве, способности к наглядному моделированию.

Материал: Большой лист ватмана, карандаши, стрелки разной длины (веревочки).

Проведение: На ватмане совместно рисуется план комнаты. Стрелками обозначается маршрут, по которому дети начинают двигаться. Двигаются "паровозиком", то есть встают друг за другом и держат друг друга за талию.

"Штанга"

Вариант 1

Цель: расслабить мышцы спины.

"Сейчас мы с вами будем спортсменами-тяжелоатлетами. Представьте, что на полу лежит тяжелая штанга. Сделайте вдох, оторвите штангу от пола на вытянутых руках, приподнимите ее. Очень тяжело. Выдохните, бросьте штангу на пол, отдохните. Попробуем еще раз".

Вариант 2

Цель: расслабить мышцы рук и спины, дать возможность ребенку почувствовать себя успешным.

"А теперь возьмем штангу полегче и будем поднимать ее над головой. Сделали вдох, подняли штангу, зафиксировали это положение, чтобы судьи засчитали вам победу. Тяжело так стоять, бросьте штангу, выдохните. Расслабьтесь. Ура! Вы все чемпионы. Можете поклониться зрителям. Вам все хлопают, поклонитесь еще раз.

"Рукавички"

Цель: Развитие навыков общения.

Материал: Заготовки вырезанных из бумаги рукавичек с парными узорами. Проведение: Детям раздаются рукавички. Их цель - найти пару и раскрасить рукавички так, чтобы они были одинаковые.

"Разнообразие запахов"

Материал: аудиозаписи "Лес", "Озеро"; цветные карандаши; цветы с запахами эфирных масел: розы, жасмина, ландыша; коробочка с пряностями - тмином, гвоздикой, мятой и карточки с их названием; мяч; зеркала.

Проведение: Дети берут зеркала и рассматривают свои носики. Называют части носа и показывают их на своем лице: ноздри (обводят пальчиком правую и левую ноздрю). С их помощью мы можем вдыхать и выдыхать воздух. Делаем глубокий вдох -

выдох. Когда мы дышим, то бока носа поднимаются, как крылья у птицы, поэтому мы говорим.

Что у носа есть правое и левое крыло. Верхняя часть носа, примыкающая ко лбу, называется переносица.

Гимнастика для носа: Глубоко вдохнули - выдохнули (3 р.). Указательным пальцем правой руки прижали правое крыло носа к середине, закрыли правую ноздрю и дышим только левой ноздрей. Сделаем три вдоха и выдоха. А сейчас подышим только правой ноздрей. Погладим крылья носа указательным пальчиком. Погладим переносицу сверху вниз и снизу вверх.

На столе раскладываются коробочки с пряностями и их названия. Дети по очереди нюхают коробочки, отгадывают запах, находят карточку с образцом.

Детям раздаются цветы, пропитанные запахами розы, лаванды и пр. Они угадывают запах и говорят его название. Цветы забирают с собой.

11 занятие

Календарь настроения

Приветствие.

"Волшебный стул"

Цель: Способствовать повышению самооценки ребенка, улучшению взаимоотношений между детьми.

В эту игру можно играть с группой детей на протяжении длительного времени. Предварительно взрослый должен узнать "историю" имени каждого ребенка - его происхождение, что оно означает. Кроме этого надо изготовить корону и "Волшебный стул" - он должен быть обязательно высоким. Взрослый проводит небольшую вступительную беседу о происхождении имен, а затем говорят, что будет рассказывать об именах всех детей группы (группа не должна быть более 5-6 человек), причем имена тревожных детей лучше называть в середине игры. Тот, про чье имя рассказывают, становится королем. На протяжении всего рассказа об его имени он сидит на троне в короне.

В конце игры можно предложить детям придумать разные варианты его имени (нежные, ласкательные). Можно также по очереди рассказать что-то хорошее о короле.

"Реченька"

Цель: Развитие командного духа. Развитие крупной моторики

Материал: Несколько веревочек.

Проведение: Дети делятся на две группы. На полу веревочками обозначается неширокая речка. К ней подходят 2 человека из разных команд и перепрыгивают ее. Кто перепрыгнул - возвращается в свою команду, если нет - в другую команду. Побеждает та команда. Где окажется меньше детей.

"Слепой - поводырь"

Цель: Развитие сплоченности, невербальных способов общения.

Проведение: Группа делится на две команды - "поводырей" и "слепых". Задача "слепого" - закрыть глаза и найти в группе "поводыря". Для этого необходимо двигаться по помещению с закрытыми глазами в полной тишине. Первый, с кем столкнется "слепой", и станет его "поводырем". Главное - невербальное взаимодействие. Отметим, что выбор может быть сознательным, если все участники разделяются на пары по обоюдному желанию. Однако для сравнения ощущений полезно повторить упражнение со случайно найденными "поводырями".

После смены ролей и повторения упражнения в различных вариантах участники сначала в парах, а затем в группе обсуждают происходившее.

"Путаница"

Цель: Выявление степени групповой сплоченности. Настрой участников на взаимодействие.

Материал: Не требуется.

Проведение: Начинается с работы в парах. Участникам предлагается совместно создать на полу 5 точек опоры, затем - 6, 7. Это простое задание. Решение его, как правило, тривиально: четыре точки опоры - это ноги двух участников, пятая - две соединенные руки. Далее "разогрев" продолжается в малых группах по шесть человек. Им предстоит объединиться и создать 4, 6, 9, 15 (16, 17) точек опоры на полу. После чего всем участникам предлагается встать в центре условного круга, придвинуться как можно ближе друг к другу, закрыть глаза и поднять обе руки вверх. Одной рукой нужно на ощупь найти пару. Другая рука остается свободной. Затем арт-терапевт соединяет свободные руки таким образом, чтобы получилась "путаница". Участникам надо "распутаться" и образовать общий круг, не разрывая спонтанно образованные "связи" друг с другом.

Это веселое упражнение имеет глубокий смысл и замечательно настраивает на работу в группе, задает доброжелательный тон.

"Групповое рисование по кругу"

Цель: Развитие эмпатии, доброжелательного отношения друг к другу.

Материал: Бумага, карандаши

Проведение: На листе бумаги необходимо нарисовать незатейливую картинку или просто цветные пятна, а затем передать эстафету следующему участнику для продолжения рисунка. В итоге каждый рисунок возвращается к своему первому автору. После выполнения этого задания обсуждается первоначальный замысел. Участники рассказывают о своих чувствах. Коллективные рисунки можно прикрепить к стене: создается своеобразная выставка, которая какое-то время будет напоминать группе о коллективной работе в "чужом пространстве".

Данная техника может вызвать агрессивные чувства, обиды. Поэтому психолог должен предупредить участников о бережном отношении к работам друг друга.

12 занятие

Приветствие.

"Справа - Слева"

Цель: Развитие ориентировки в пространстве, способности к наглядному моделированию, развитие внимания.

Материал: Мяч.

Проведение: С детьми обсуждается что такое справа, слева, впереди, сзади.

Бросая мяч, ведущий называет предмет, находящийся в комнате. Ребенок, поймавший мяч, говорит, как этот предмет расположен в пространстве, относительно него (шкаф - справа, стол - слева).

Ведущий бросает мяч и говорит: "Справа", а дети называют те предметы, которые находятся справа.

Пальчиковая игра "Замок"

На дверях висит замок Кто его открыть не смог? (пальцы в "замок") Мы замочком постучим (постучать по коленям) Мы замочком повертим (повертеть руками) Мы замочком покрутим И открыли! (разжать руки) (Повторить 3 раза).

"Это я, узнай меня"

Цель: Развитие эмпатии, снятие агрессивности.

Проведение: Один ребенок поворачивается спиной к остальным сидящим. Дети по очереди подходят к нему, гладят его по спинке и называют ласковым именем. Ведущий пробует угадать, кто его погладил и назвал.

"Самолеты"

Цель: Развитие внимания, произвольности.

Проведение: Ведущий показывает, как заводится двигатель самолета: делает вращательные движения руками перед грудью и произносит "Р-р-р".

По сигналу "полетели" - дети бегают, "летают". По сигналу "на посадку" - все садятся на свои стульчики.

"Осенний лес"

Цель: Развитие коммуникативных навыков.

Материал: Кусок обоев, краски, карандаши, клей, кисти, цветная бумага, степлер, листья растений.

Проведение: На большом куске обоев дети выполняют совместный рисунок - коллаж. Можно вырезать из цветной бумаги и наклеить листья, различных животных, приклеить живые листья, степлером приколоть веточки и т.д.

"Дудочка"

Цель: Расслабление мышц лица, особенно вокруг губ.

Проведение: "Давайте поиграем на дудочке. Неглубоко вдохните воздух, поднесите дудочку к губам. Начинайте медленно выдыхать, и на выдохе попытайтесь вытянуть губы в трубочку. Затем начните сначала. Играйте! Какой замечательный оркестр!"

"Массаж"

Цель: Развитие эмпатии, доверия, невербальных способов общения.

Проведение: Потрем ладошки друг о друга. Погладим лицо. Слегка пощиплем его: лоб, брови, носик и т.д. Теперь ушки. Шейку. Слегка похлопаем по ним. Ладонки прыг - и прыгнули на туловище. Погладим правую руку, "поклюем" ее, левую руку и т.д.

Повернемся друг за другом. Положим свои ладошки на спину впереди стоящего и погладим его, слегка "поклюем", ласково похлопаем и т.д.

13 занятие

Приветствие.

"Разложи предметы"

Цель: Развитие осязания, снятие мышечного напряжения, формирование логического мышления

Материал: Набор игрушек из разных материалов (деревянные и пластмассовые): матрешки, грибочки, машинки и пр. 2 одинаковые коробки, повязка на глаза.

Проведение: Дети делятся на пары. Один ребенок завязывает глаза. Второй дает ему по очереди игрушки. Задача - разложить игрушки, ориентируясь на материал, из которого они сделаны в две коробки. В одну коробку - деревянные, в другую - пластмассовые. Второй ребенок может подсказывать при затруднении.

"Зайки и слоники"

Цель: Дать возможность детям почувствовать себя сильными и смелыми, способствовать повышению самооценки.

"Ребята, я хочу вам предложить игру, которая называется "Зайки и слоники". Сначала мы с вами будем зайками-трусишками. Скажите, когда заяц чувствует опасность, что он делает? Правильно, дрожит. Покажите, как он дрожит. Поджимает уши, весь сжимается, старается стать маленьким и незаметным, хвостик и лапки его трясутся" и т.д. Дети показывают. "Покажите, что делают зайки, если слышат шаги человека?" Дети разбегаются по группе, классу, прячутся и т.д. "А что делают зайки, если видят волка?.." Психолог играет с детьми в течение нескольких минут. "А теперь мы с вами будем слонами, большими, сильными, смелыми. Покажите, как спокойно, размеренно, величаво и бесстрашно ходят слоны. А что делают слоны, когда видят человека? Они боятся его? Нет. Они дружат с ним и, когда его видят, спокойно продолжают свой путь. Покажите, как. Покажите, что делают слоны, когда видят тигра..." Дети в течение нескольких минут изображают бесстрашного слона. После проведения упражнения ребята садятся в круг и обсуждают, кем им больше понравилось быть и почему.

"Угадай эмоции"

Цель: Развитие эмпатии, умению сопереживать.

Материал: Картинки с нарисованными зайчиками (радостными и грустными). Проведение: Дети пытаются определить настроение зайчиков, объяснить, как они это определили (по выражению мордочки, позе и т.д.) и раскрашивают веселых зайчиков. Проводится беседа о том, что может сделать человека грустным, веселым, счастливым и пр.

Психогимнастика "Покажи нос"

Цель: Снятие мышечного напряжения.

Проведение: Психолог читает стишок, а дети показывают:

"Раз, два, три, четыре, пять! Начинаем мы играть.

Вы смотрите. Не зевайте. И за мной вы повторяйте,

Что я вам сейчас скажу И при этом покажу

"Уши-уши" (дети показывают уши)

"Глазки-глазки"

"Ручки-ручки" и т.д.

"Рисуем настроение"

Цель: Развитие эмпатии.

Материал: Краски, бумага.

Проведение. Рисуем красками различные настроения (грустное, веселое, радостное и т.д.). Обсуждаем с детьми, от чего зависит настроение, как выглядит человек, когда у него хорошее настроение, грустное и т.д.

"Корабль и ветер"

Цель: Снятие мышечного напряжения.

Проведение: "Представьте себе, что наш парусник плывет по волнам, но вдруг он остановился. Давайте поможем ему и пригласим на помощь ветер. Вдохните в себя воздух, сильно втяните щеки... А теперь шумно выдохните через рот воздух, и пусть вырвавшийся на волю ветер подгоняет кораблик. Давайте попробуем еще раз. Я хочу услышать, как шумит ветер!" Упражнение можно повторить 3 раза.

14 занятие

Приветствие.

Психогимнастика "Коршун"

Цель: Снятие эмоционального напряжения, создание настроения на работу.

Проведение: Педагог - "курочка", дети - "цыплята". Курочка с цыплятами гуляют по комнате. По команде "Коршун" - дети бегут и садятся на свои стульчики. Последний - становится "курочкой".

"Пиктограммы"

Цель: Развитие эмоций. Умение определять настроения окружающих людей. Развитие эмпатии. Материал:

Пиктограммы и фотографии людей в различных эмоциональных состояниях (грустных, веселых, нахмуренных, радостных, спокойных и пр.)

Проведение: Детям показываются вначале пиктограммы, а затем фотографии с различными выражениями лиц. Они пытаются догадаться о том, чувстве, которое зашифровано в пиктограмме. Раскладывают пиктограммы на две группы: нравится и не нравится. Обсуждаются вопросы о том, отчего зависит наше настроение.

Каждый ребенок отвечает на вопрос, что может сделать его счастливым, грустным, веселым и т.д.

Рисование "Хорошая и плохая погода"

Цель: Развитие эмоций.

Материал: Акварельные краски, бумага, кисти.

Проведение: Акварельными красками, на одном листе, справа рисуют хорошую погоду. Слева - плохую. Обсуждается какими красками можно изобразить хорошую погоду, а какими - плохую.

"Веревочка"

Цель: Развитие чувства общности.

Материал: Веревочка.

Проведение: Ведущий берет веревочку и обматывает ее конец вокруг указательного пальца и передает соседу слева. Надо стараться, чтобы веревочка не была слишком сильно натянута и не обвисала. Веребочка сделала круг и соединила всех. Веребочный круг все вместе поднимают вниз, опускают на пол. Ходят по кругу в разные стороны, держась за веревочку. Кладем веревочку на пол.

"Танец"

Цель: Развитие чувства общности, повышение самооценки.

Материал: Аудиокассета с веселой танцевальной музыкой.

Проведение: Звучит веселая танцевальная музыка. По кругу, дети, взявшись за руки: Идем направо, начиная с правой ноги 8 шагов. Поворачиваемся влево и идем 8 шагов с левой ноги. Останавливаемся, опускаем руки. С правой ноги делаем 2 шага в круг и 3 притопа. Идем назад с левой ноги 2 шага, 3 притопа.

Стоя на месте, хлопаем 3 раза в ладоши, 3 хлопка по коленям, кружимся вокруг себя. Движения 3-5 повторяются 2 раза. Движение повторяется с 1 по 6 позиции.

2 танец: В середине круга ставится стул. Ведущий называет имена детей, стоящих напротив друг друга. Ребенок, чье имя названо, приставными шагами обходит стул справа и спиной возвращается на место. Остальные хлопают в ладоши.

15 занятие

Приветствие.

"Карусель"

Цель: Развитие чувства общности, повышение самооценки.

Материал: Разноцветные ленточки по числу участников. Фломастеры. Веребочка. Аудиокассета с веселой танцевальной музыкой.

Проведение: Звучит веселая танцевальная музыка. Ведущий, связывая концы веревочки, делает круг. Каждому раздается фломастер и ленточка. Каждый ребенок пишет на ленте свое имя и привязывает ее к веревочному кругу. Веребочка превратилась в карусель! Под музыку, дети, держась за привязанные к веревочке ленточки, начинают двигаться.

"Тише! Тише! Еле-еле

Закрутились карусели.

А потом кругом, кругом.

Все бегом, бегом, бегом.

Тише! Тише! Не спешите,

Карусель остановите.

Раз и два, раз и два,

Вот и кончилась игра".

Кладем веревочку на пол и включаем магнитофон с танцевальной музыкой. Пока звучит музыка - дети танцуют, как только музыка замолкает - дети бегут к веревочке, отыскивают свою ленточку и берутся рукой за нее. Упражнение повторяется несколько раз, меняя положение веревочки.

Отправляемся на "живой веревочке" в путешествие по комнате. Первый - паровоз, остальные - вагончики. Идем медленно, быстро, тихо, как мышки, топая, как слон. Мелкими шажками, широкими шажками, высоко поднимая колени, обычным шагом.

"Будь внимательным"

Цель: Формирование логического мышления. Развитие слухового восприятия.

Материал: Бумага, карандаши

Проведение: Ведущий называет 4 слова: три слова связаны между собой, а четвертое - лишнее (слива, яблоко, груша, ворона). Дети называют или рисуют лишнее слово.

"Послушай тишину"

Цель: Развитие произвольности, развитие слухового восприятия.

Материал: Колокольчик.

Проведение: По сигналу колокольчика дети начинают бегать по комнате, стучать, кричать. По второму сигналу колокольчика - они как можно быстрее садятся на свои стульчики и прислушиваются к тому, что происходит вокруг. Каждый говорит о том, что он слышит (машины за окном, капающий кран, канарейку и пр.)

"Щепки плывут по реке"

Цель: Развитие эмпатии, снятие агрессивности, развитие навыков невербального общения.

Материал: Аудиозапись со спокойной музыкой.

Проведение: Дети встают в две шеренги на расстоянии вытянутой руки друг от друга - они берега. Один ребенок - щепка. Он медленно "проплывает" между "берегами". "Берега" мягкими прикосновениями помогают "щепке". Говорят ей ласковые слова, называют по имени. "Щепка" сама выбирает, с какой скоростью ей двигаться. Упражнение можно проводить с открытыми или закрытыми глазами.

"Паутинка"

Цель: Развитие навыков общения, снятие мышечного напряжения.

Материал: Клубок ниток.

Проведение: Дети садятся на стульчики. С помощью этого клубка я буду ткать паутинку между вашими стульями. Ведущий привязывает кончик нитки к своему стулу (высота - по колену ребенку), затем к стулу сидящего напротив ребенка и т.д. Ведущий по очереди называет имена детей и ребенок. Чье имя назвали встает и, высоко поднимая ножки, стараясь не наступить на ниточки, пробует пройти через паутинку по кругу и снова занимает свое место.

Кто-то может проползти под паутинкой на животе, не задев ее головой, на спине.

"Маленькое привидение"

Цель: Научить детей выплеснуть в приемлемой форме накопившийся гнев.

Проведение: "Ребята! Сейчас мы с вами будем играть роль маленьких добрых привидений. Нам захотелось немного похулиганить и слегка напугать друг друга. По моему хлопку вы будете делать руками вот такое движение: (педагог приподнимает согнутые в локтях руки, пальцы растопырены) и произносить страшным голосом звук "У". Если я буду тихо хлопать, вы будете тихо произносить "У", если я буду громко хлопать, вы будете пугать громко. Но помните, что мы добрые привидения и хотим только слегка пошутить". Затем педагог хлопает в ладоши: "Молодцы! Пошутили и достаточно. Давайте снова станем детьми!"

16 занятие

Приветствие.

"Гусеница"

Цель: Игра учит доверию.

Проведение: Почти всегда партнеров не видно, хотя и слышно. Успех продвижения всех зависит от умения каждого скоординировать свои усилия с действиями остальных участников. "Ребята, сейчас мы с вами будем одной большой гусеницей и будем все вместе передвигаться по этой комнате. Постройтесь цепочкой, руки положите на плечи впереди стоящего. Между животом одного играющего и спиной другого зажмите воздушный шар или мяч. Дотрагиваться руками до воздушного шара (мяча) строго воспрещается! Первый в цепочке участник держит свой шар на вытянутых руках.

Таким образом, в единой цепи, но без помощи рук, вы должны пройти по определенному маршруту". Для наблюдающих: обратите внимание, где располагаются лидеры, кто регулирует движение "живой гусеницы".

"Золотая рыбка"

Цель: Снятие агрессивности, развитие навыков общения.

Проведение: Все встают в круг, плотно прижавшись друг к другу плечами, бедрами, ногами, взявшись за руки. Это - сеть. Водящий - золотая рыбка стоит к кругу. Его

задача - выбраться из круга, а задача остальных не выпустить рыбку. Если водящему долго не удастся выбраться из сети, взрослый может попросить детей помочь рыбке.

"Сюжетные картинки"

Цель: Умение определять эмоциональные состояния других людей, развитие эмпатии.

Материал: Картинки с разными сюжетами (мальчик упал, девочка с воздушным шаром, мальчик с мороженым и т.д.). Сюжеты носят позитивный и негативный характер.

Проведение: С детьми обсуждается каждая картинка и каждое эмоциональное состояние. Способы доставить другому человеку радость, способы взаимопомощи и т.д.

"Радуга"

Цель: Развитие эмоционального мира. Развитие навыков коммуникации.

Материал: Ватман, краски, кисти.

Проведение: Детям рассказывается о последовательности цветов радуги. На большом листе ватмана они по очереди каждый рисует одну полоску радуги. Когда все дети нарисуют по полоске рисунок можно украсить цветами, деревьями, птицами и т.д.

"Танец 5 движений"

Цели: Снятие мышечных зажимов. Развитие умения выражать свои эмоции с помощью движений

Материал: Кассета с записью 5 мелодий:

плавная музыка, импульсивная, резкая музыка или бой барабанов, хаотичный набор звуков, лирическая музыка, спокойная музыка или шум воды.

Проведение: Прослушать по очереди мелодии и подумать, кто бы мог танцевать под каждую мелодию, какие должны быть движения?

1 мелодия: "Течение воды" - плавная. Движения под нее нерезкие, неторопливые, мягкие, переходящие из одного в другое. Кто хочет показать свои движения, свой танец? А кто еще? А теперь все вместе слушаем отрывок еще раз и танцуем под музыку.

2 мелодия: "Переход через чащу" - импульсивная музыка, резкие, сильные, рубящие движения. Разбор тот же.

3 мелодия - "Сломанная кукла" - хаотичный набор звуков, обрывистые, незаконченные движения.

4 мелодия - "Полет бабочки" - лирическая, плавная мелодия, тонкие. Изящные движения.

5 мелодия - "Покой" - спокойная. Тихая музыка.

А теперь все 5 мелодий будут звучать без остановок. Дети танцуют "Танец 5 движений". Музыка закончилась, остановились, послушали тишину. Как бьется сердце, приложите руку к сердцу, послушайте его. Что больше всего понравилось? Кому какие движения было приятно делать?

17 занятие

Приветствие.

"Толкалки"

Цель: Научить детей контролировать свои движения.

Проведение: Скажите следующее: "Разбейтесь на пары. Встаньте на расстояние вытянутой руки друг от друга. Поднимите руки на высоту плеч и обопритесь ладонями о ладони своего партнера. По сигналу ведущего начните толкать своего напарника, стараясь сдвинуть его с места. Если он сдвинет вас с места, вернитесь в исходное положение. Отставьте одну ногу назад и вы почувствуете себя более устойчиво. Тот, кто устанет, может сказать: "Стоп". Время от времени можно вводить новые варианты игры: толкаться, скрестив руки; толкать партнера только левой рукой; толкаться спиной к спине.

"Рубка дров"

Цель: Помочь детям переключиться на активную деятельность, прочувствовать свою накопившуюся агрессивную энергию и "истратить" ее во время игры.

Проведение: Скажите следующее: "Кто из вас хоть раз рубил дрова или видел, как это делают взрослые? Покажите, как нужно держать топор. В каком положении должны находиться руки и ноги? Встаньте так, чтобы вокруг осталось немного свободного места. Будем рубить дрова. Поставьте кусок бревна на пень, поднимите топор над головой и с силой опустите его. Можно даже вскрикнуть: "Ха!" "Для проведения этой игры можно разбиться на пары и, попадая в определенный ритм, ударять по одной чурке по очереди.

"Головомяч"

Цель: Развивать навыки сотрудничества в парах и тройках, научить детей доверять друг другу.

Проведение: Скажите следующее: "Разбейтесь на пары и ложитесь на пол друг напротив друга. Лечь нужно на живот так, чтобы ваша голова оказалась рядом с головой партнера. Положите мяч точно между вашими головами. Теперь вам нужно его поднять и встать самим. Вы можете касаться мяча только головами. Постепенно поднимаясь, встаньте сначала на колени, а потом на ноги. Пройдитесь по комнате".

"Аэробус"

Цель: Научить детей согласованно действовать в небольшой группе, показать, что взаимное доброжелательное отношение товарищей по "команде" дает уверенность и спокойствие.

Проведение: "Кто из вас хотя бы раз летал на самолете? Можете ли вы объяснить, что держит самолет в воздухе? Знаете ли вы, какие бывают типы самолетов? Хочет ли кто-нибудь из вас стать Маленьким Аэробусом? Остальные ребята будут помогать Аэробусу "летать"". Один из детей (по желанию) ляжет животом вниз на ковер и разводит руки в стороны, как крылья самолета. С каждой стороны от него встает по три человека. Пусть они присядут и просунут руки под его ноги живот и грудь. На счет "три" они одновременно встанут и поднимают Аэробус с пола... Так, теперь можно потихонечку поносить Аэробус по помещению. Когда он почувствует себя совершенно уверенно, пусть закроет глаза, расслабится, совершит "полет" по кругу и снова медленно "приземлится" на ковер".

Когда Аэробус "летит", ведущий может комментировать его полет, обращая особое внимание на аккуратность и бережное отношение к нему. Вы можете попросить Аэробус самостоятельно выбрать тех, кто его понесет. Когда вы увидите, что у детей все получается хорошо, можно "запускать" два Аэробуса одновременно.

18 занятие

Приветствие.

"Бумажные мячики"

Цель: Дать детям возможность вернуть бодрость и активность, снизить беспокойство и напряжение, войти в новый жизненный ритм. Материал: Бумага или газеты.

Проведение: Перед началом игры каждый ребенок должен скомкать большой лист бумаги (газеты) так, чтобы получился плотный мячик. "Разделитесь, пожалуйста, на две команды, и пусть каждая из них выстроится в линию так, чтобы расстояние между командами составляло примерно 4 метра. По команде ведущего вы начинаете бросать мячи на сторону противника. Команда будет такой: "Приготовились! Внимание! Начали!" Игроки каждой команды стремятся как можно быстрее забросить мячи, оказавшиеся на ее стороне, на сторону противника. Услышав команду "Стоп!", вам надо будет прекратить бросаться мячами. Выигрывает та команда, на чьей стороне окажется меньше мячей на полу. Не перебегайте, пожалуйста, через разделительную линию". Бумажные мячики можно будет использовать еще неоднократно.

"Дракон"

Цель: Помочь детям, испытывающим затруднения в общении, обрести уверенность и почувствовать себя частью коллектива.

Проведение: Играющие становятся в линию, держась за плечи друг друга. Первый участник - "голова", последний - "хвост". "Голова" должна дотянуться до "хвоста" и дотронуться до него. "Тело" дракона неразрывно. Как только "голова" схватила "хвост", она становится "хвостом". Игра продолжается до тех пор, пока каждый участник не побывает в двух ролях.

"Живые картинки"

Цель: Развитие эмоций, воображения.

Материал: карточки с изображением машины, самолета, пчелы, слона и пр.

Проведение: Каждому ребенку раздается карточка с изображением машины, самолета, пчелы, слона и пр. Ребенок, посмотрев на картинку, пытается изобразить персонажа, нарисованного на ней.

Остальные дети пытаются догадаться, что он изображает.

"Угадай настроение"

Цель: Развитие навыка определять настроения людей по выражению лиц, развитие эмпатии.

Материал: Рисунок с нарисованными 5 улыбающимися пчелками и 1 грустной.

Проведение: Каждому ребенку дается картинка. Задача - раскрасить улыбающихся пчелок и не раскрашивать грустных. Обсудить, по каким признаком ребенок определил, что пчелка грустная.

"Ягоды на поляне"

Цель: Развитие эмоций. Рисование по мокрой бумаге прекрасно снимает напряжение, рисунки получаются всегда очень красивыми, что позволит детям, которые плохо рисуют, получить красивые рисунки. Повышение самооценки.

Материал: Акварельная бумага, акварельные краски, кисти.

Проведение: На мокрой бумаге ребенок рисует маленькими пятнами разноцветные ягоды (клубнику, малину, ежевику и т.д.). Устраивается выставка работ.

"Джаз тела"

Цели: Снятие мышечных зажимов, стимуляция моторного и эмоционального самовыражения, развитие координации движений, обучение элементам саморегуляции и релаксации

Материал: Кассета с записью джазовой композиции, контурное изображение человека на отдельных листах, цветные карандаши, ножницы, клей, лист ватмана.

Проведение: Включается музыка. Мы будем выполнять под музыку ритмические движения. Сначала только поворачивать голову в разные стороны (направо и налево) в разном ритме. Теперь двигаются только плечи, то вместе. То попеременно, то вниз. То назад, то вверх, то вниз. Далее - движение рук. Потом бедер и ног. А теперь постепенно прибавляем движения по порядку: голова +1 плечи + руки + бедра + ноги.

Танцуем, свободно передвигаясь по всему ковру. Музыка прекратилась. Все легли на ковер - слушаем тишину. Прислушиваемся к своему дыханию, оно становится спокойнее. Послушаем свое сердцебиение, как оно становится тише.

Представляем себе, как выглядит спокойный человек. Детям раздаются контуры человека и они раскрашивают их.

Выставка и обсуждение рисунков

Коллаж из рисунков на одном большом листе.

Приложение 3. Тренинги для подростков.

Введение. (30 мин).

Следует игра-разминка, например: участники становятся в круг, перебрасывая мяч друг другу, они называют собственное имя и говорят комплимент участнику,

которому бросают мяч. Игра должна проходить в быстром темпе, все участники должны быстро представиться. Затем их имена будут вписаны на таблички.

Следуют несколько подвижных упражнений, по которым тренер оценивает готовность группы к работе, ее активность. Группа располагается вдоль стены, дается команда: "Вы - стрелка измерительного прибора. Эта стена - нулевая отметка, противоположная стена - максимальная. Сделайте столько шагов к противоположной стене, насколько вы оцениваете свою работоспособность (хорошее настроение, усталость, готовность сотрудничать, сонливость и т.д.)". Участники располагаются по комнате, тренер отмечает наиболее активных и наиболее пассивных игроков, игроков не уверенных в своих силах. Упражнение повторяется несколько раз, измеряются различные параметры. В идеале помощники регистрируют показатели каждого игрока, чтобы сравнить их с таковыми в ходе и в конце тренингового занятия.

Ведущий представляет тему тренинга, обозначает проблему, кратко рассказывает, что будет происходить в ходе тренингового занятия.

Знакомство в группе. (30 мин)

Все участники, включая ведущего, располагаются по кругу. Ведущий рассказывает о себе, своей профессиональной деятельности и личных ожиданиях от тренинга, просит участников представиться так, как они хотели бы называть себя во время тренинга (для простоты запоминания легче сделать бейджики для всех участников в которые Вписываются их имена).

Принятие правил работы. (10 мин)

Ведущий кратко объявляет правила работы и объясняет их значение. Правила таковы: (1) говорящего может прервать только ведущий, никто из участников не перебивает говорящего товарища; (2) желающий высказаться поднимает руку и отвечает, когда ему позволяет ведущий; (3) критикуя - предлагай; (4) не давать оценок другим участникам; (5) вся личная информация, сообщенная на тренинге является закрытой. По желанию и с учетом специфики группы, можно предложить дополнительные правила.

Оценка усталости (15 мин)

Все участники выстраиваются вдоль стены и должны сделать столько шагов до следующей стены, насколько они устали. Следующая стена - максимум усталости.

Занятие первое

Занятия проводятся в уютном помещении, относительно изолированном от внешних раздражителей, не напоминающем обстановку класса или школьного кабинета. Ребенку предлагают сесть в уютное кресло и чувствовать себя непринужденно. После 10-15 минутного знакомства - разговора о школе, проблемах, интересах, текущих событиях, приступают занятию.

Ребенка просят максимально расслабить руки, ноги, как будто он собирается немного подремать, сделать несколько глубоких вдохов. Такие инструкции на релаксацию даются в течение 2-4 минут. Затем дается вводная типа: "теперь попробуем проверить, как ты умеешь рассказывать истории, фантазировать".

Предлагается первый сюжет: "Прошу тебя представить какое-нибудь открытое место - поле, луг или поляну"; "ты можешь представлять это с открытыми или с закрытыми глазами, как тебе удобнее". После короткой паузы специалист спрашивает у ребенка, что ему удалось представить. Дети легко выполняют просьбу, воображая предлагаемый сюжет. В дальнейшем ведущий задает наводящие вопросы, как бы подталкивая цепь воображаемых представлений ребенка, не давая наводящей информации. Все вопросы должны быть общими, не конкретными: например, если ребенок сказал, что он представил себе луг, следует попросить описать его подробно, что он там видит, помогая ему репликами типа "так...", "что еще?...", "что впереди?...", "по бокам?...", "сзади?...", "размеры?...", "какое время года?...", "какое у тебя настроение?...". Не следует индуцировать ответы ребенка вопросами типа: "есть ли где-то лес...", "трава под ногами зеленая?...", "много ли цветов на лугу?...", то есть постараться обеспечить максимальную спонтанность ответов. Если ассоциации ребенка "уводят" его от предлагаемой фабулы, например: "я вошел с луга в лес, поискать грибов", следует ненавязчиво вернуть его к теме поля, луга. Ребенку предлагается полная свобода

поведения на этом лугу; его просят рассказать о том, что он бы стал там делать - "загорать", "рвать цветы", "бегать" и т.д.

Первые занятия такого типа продолжаются 10-15 минут, в дальнейшем их можно увеличить до 20 минут. Занятие заканчивается пятиминутной беседой о самочувствии, настроении, планах.

Сюжет поля, луга является базовым, символически отражающим "поле жизни", некое пространство индивидуального существования.

В норме здоровые люди, в том числе и дети, представляют зеленый луг или поле в середине лета, с яркими цветами в солнечный день. Пространство может быть обширным, до горизонта (что может указывать на высокий уровень притязаний), или ограниченное лесом, горами, забором и т.п. Сюжет поля (как любой другой) причудливо сочетает в себе желания и мечты: радость, безмятежность, безоблачность существования, что даруется пышной зеленью, цветами, ярким солнцем.

Состояние хронического стресса, тенденции к тревоге, депрессия четко отражаются на воображаемых представлениях уже на первых занятиях. Так, дети из неблагополучных семей, живущие в обстановке напряжения и страха, часто ясно "видят", что "торчат острые колючки", "трава выгорела". Один ребенок сказал даже так: "поле зеленое, но идти по нему страшно - это болото".

Занятие второе

Ведущим сюжетом является представление ручья. Часто дети сами говорят, что на краю поля, луга "видят" ручей. Если этого не происходит, ведущий предлагает вопрос: "а нет ли на твоём лугу, где-то в стороне, маленького ручья?..", на что дети откликаются новой цепочкой ассоциаций. Как и в сюжете "поле", ведущий направляет воображение ребенка репликами: "какой ручей?..", "глубина?..", "вода?..", "что там еще?.." и т.д. Если ребенок ярко представляет себе сюжет, легко фантазирует, можно попробовать искупаться в чистой воде, попить ее, спрашивая при этом какие ощущения он испытывает. Обычно дети быстро погружаются в образ, а некоторые столь ярко его переживают, что подносят ладошку с "водой" ко рту, "пьют" ее, делая глотательные движения. Можно предложить ребенку пойти вдоль ручья - вверх или вниз; сделать определенный выбор, что в психотерапевтической традиции трактуется как возвращение к материнскому началу (воображаемое движение к истокам или стремление к слиянию). Сюжет ручья, воды является не только важным вводным упражнением, но и может давать значительный информационно-диагностический материал. Так, если ручей представляется пересохшим, или мутным, это может указывать на серьезные проблемы во взаимоотношениях раннего детства, связанных с недостатком любви, защищенности.

Занятие третье

Сюжет некоего существа, выходящего из леса или пещеры. Данный сюжет в психоаналитической трактовке Х.К. Лейнера есть отражение бессознательных страхов и желаний, корнями своими уходящих в период раннего детства.

К третьему занятию вся процедура сеанса становится для ребенка привычной. Ведущий просит его устроиться удобнее и вновь представить картину луга, что дети делают без затруднений. Затем ребенка просят "осмотреться" по сторонам, спрашивая, что впереди, слева, справа, сзади: луг или гора. Ребенка просят "вглядеться" с некоторого расстояния в картину леса и горы, описать ее (картину) в подробностях, а затем представить себе, что кто-то наблюдает за ним из глубины леса или из темной пещеры. Затем следует попросить ребенка вообразить, что этот наблюдающий выходит из закрытого пространства и приближается к нему. Обычно дети представляют существо из леса в виде животного - зайца, волка и другого, более или менее агрессивного и опасного. В психоаналитической традиции существо, выходящее из лесу (пещеры), если оно имеет угрожающий характер, отражает уровень агрессии или эмоционального напряжения, связанного субъективным неблагополучием в микросоциуме.

Традиционной психотерапевтической тактикой в этом случае считается следующий прием: опасное существо необходимо умиловить. Если это зверь, "покормить его вкусной едой", затем подойти к нему с добром и успокоить, погладить. Если это агрессивный человек или какой-либо монстр, попытаться с ним "договориться", "выяснить", почему он злобен, и затем, поняв его, подружиться.

С этой целью символика дальнейших представлений включает в себя образы активной борьбы и победы над злом.

Занятие четвертое

После короткого вводного представления поля, луга попросить ребенка "увидеть" на этом поле, где-то вдаль, маленькую фигурку человечка или какого-либо иного существа. В очень редких случаях это ребенку не удастся и тогда возможно дополнить спонтанное воображение внушением типа: "вглядись, вон там, вдаль, на линии горизонта, человечек; посмотри, видно голову, руки..." и т.д. В целом внушение того или иного образа нежелательно, всегда следует создавать только условия, подталкивающие ребенка к спонтанному фантазированию. В данном случае представление человечка, символически выражающего внутреннее "я" ребенка, его собственный собирательный образ, вынесенный вовне, иногда встречает внутреннее сопротивление. В традиции психоанализа считается, что это связано с негативным и аутоагрессивным самовосприятием, бессознательным нежеланием смотреть правде в глаза в отношении самого себя, по-детски понимая всю пагубность своего пристрастия. Тем не менее, этот барьер сравнительно легко преодолеть, и, когда ребенок начинает уверенно фантазировать на тему "человечка", следует попросить ребенка руководить этой фигуркой: дать команду ему (воображаемому существу) поднять правую руку, опустить, затем левую, попросить его пройти влево, затем направо и т.п. К концу занятия ребенок обычно легко воображает на данную тему, с интересом манипулируя фигуркой. Интересно, что воображаемый образ в процессе занятий быстро приобретает те черты и качества, которые ребенок хотел бы видеть в себе. Отчасти это происходит спонтанно; отчасти ведущий может ускорять его вводными фразами типа: "присмотрись, кажется, он сильный, богатырь какого-то красного цвета, или загорелый...". Следует отметить, что для многих мальчиков идеальным воплощением мечты являются герои боевиков, мускулистые, неуязвимые, выходящие победителями из любой переделки - и одновременно эти герои не являются наркоманами. Дети легко "примеряют" к себе этот образ, активно вживаются в него, получая ощущение защищенности и уверенности. Герои кинофильмов хорошо "вписываются" в детскую психологию токсикоманов с ее культом силы, желанием найти отдушину в тяжелой жизненной ситуации. У других детей, обычно младшего возраста, таким героическим образом является, например, робот из мультфильмов - железный, могучий, неуязвимый. Следует признать, что герои отечественных мультфильмов редко являются выразителями бессознательных желаний и тенденций ребят-токсикоманов, притом том, что это, как правило, действительно добрые, не агрессивные и умные мультфильмы. Возможно, это связано с тем, что в своем большинстве дети с депривацией происходят из неблагополучных семей. Они рано приобщаются к жестокому миру взрослых, часто бывают циничными, озлобленными, недоверчивыми и преждевременно теряют радостное мировосприятие мира.

Занятие пятое

Занятие посвящено формированию в сознании ребенка двух альтернативных образов, несущих сильное и доброе, и, наоборот, злое начало. На уже знакомом поле ребенка просят представить образ силы в виде богатыря, могучего и уверенного, который подчиняется командам "героя". Ребенка просят в деталях описать его. Затем просят вообразить врага, который представлялся ранее.

2-3 минуты ребенка просят "видеть" позитивный образ, затем 2-3 минуты - негативный, с тем, чтобы ребенок четко ощутил их различие (некоторые дети переживают альтернативные образы достаточно эмоционально и ярко). Так повторяется в течение занятия несколько раз. Процесс перехода от позитива к негативу и, наоборот, при условии яркого детского воображения, достаточно болезнен и утомителен. Поэтому после пятнадцати или двадцати минутного занятия, следует 10-15 минут спокойно поговорить с ребенком, переключив его внимание на приятные для него темы, его интересы, вводя в беседу элементы релаксации, используя базовые фразы для комментария типа: "как это легко и спокойно...", "наверное, это приятно и навевает успокоение...", всячески при этом своей позой и интонациями "подстраивая" ребенка в направлении расслабления. Данное занятие проходит не всегда гладко, поэтому в следующую встречу его можно повторить, варьируя различные нюансы образов.

Занятие шестое

К шестому занятию дети легко могут включаться в воображаемую ситуацию. Фабула занятия представляет собой проигрывание воображаемого боя позитивного и негативного начал в ребенке. Этот "бой" может происходить спонтанно или под влиянием определенного наведения. Как уже отмечалось, оба образа должны представляться ребенку максимально конкретными. Позитивный - сильный, крепкий, любимый ребенком, обычно кинематографический борец со злом и соответствующей атрибутикой (мускулы, смелость, независимость, красивая внешность и т.п.); негативный выступает в виде злодея, вампира, страшного гадкого паука, окрашенный в черные краски. Ребенку предлагается воспроизвести указанные образы и смоделировать воображаемый бой, с ударами, использованием оружия и конечным уничтожением врага. Увлеченные своей фантазией, дети постоянно отождествляют себя с положительным героем и уже как бы сами борются со злым началом. Роль ведущего остается прежней - ненавязчиво направлять цепочку визуальных ассоциаций ребенка, предоставляя ему полную возможность излагать, рассказывать свою сказку. Сюжет боя не обязательно сразу заканчивается победой. Иногда дети говорят, что они устали, или отвлекаются на какие-то другие сюжеты. Не следует на данном занятии настаивать на продолжении боя. Проигрывание сюжета битвы переносится на другое занятие и, как правило, бывает более победоносным. Сюжет "бой" повторяется несколько раз до безусловного ощущения победы, когда после занятия дети испытывают чувство подъема, радости, силы.

Шесть занятий - это тот минимум, который предусматривает психотерапевтическая часть психокоррекционной программы. На практике обычно проводится 7-8 занятий, редко больше. У некоторых детей с ярким воображением удается добиться хороших результатов поведения за 2-4 занятия.